

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N^o 213

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 31 Mars 1909, à 1 heure

Par M. Eugène DÉFOSSÉS

Né à Champs, le 9 mai 1883.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX MULTILOCULAIRES

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : { MM. DELBET, professeur,
RIEFFEL et PIERRE DUVAL, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON,

10, rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

213

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

N^o

— **THÈSE** —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 31 Mars 1909, à 1 heure

Par M. Eugène DÉFOSSÉS

Né à Champs, le 9 mai 1883.

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES SÉREUX
CONGÉNITAUX MULTIFOCALAIRES**

Président : M. SEGOND, professeur.

*Juges : { MM. DELBET, professeur.
RIEFFEL et PIERRE DUVAL, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON,

10, rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		(BRISSAUD
		(DEJERINE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		PIERRE MARIE
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale		(HAYEM
		(DIEULAFOY
		(DEBOVE
		(LANDOUZY
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
Clinique chirurgicale		(PIERREDELBET
		(QUENU
		(RECLUS
		(SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements		(PINARD
		(BAR
		(RIBEMONT - DES
		(SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN
Agrégés en exercice		
MM.		
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LÈPER
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBÉCOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

A MA FEMME

*qui m'a si bien secondé dans les derniers mois
de mes études
et qui a su rendre si agréable la chambrette de l'étudiant.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR **SECOND**

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous tenons à adresser à nos premiers maîtres de l'Ecole de Clermont-Ferrand l'expression de notre sincère attachement. Tous, et en particulier MM. les Docteurs BOUSQUET, DU CAZAL, BILLARD, DIEULAFÉ, et DIONIS DU SEJOUR, par leur dévouement et leur bienveillance ont contribué pour une large part à notre éducation médicale.

A Paris, nous avons pu profiter de l'enseignement de M. le Professeur BAR qui nous a guidé dans l'art de l'Accouchement. Nous l'en remercions ainsi que M. le Professeur agrégé BRINDEAU.

C'est à M. le Professeur agrégé BROCA que nous devons nos connaissances pratiques sur les maladies des enfants. Il a bien voulu en outre nous guider dans le choix et dans la rédaction de ce modeste ouvrage pour lequel il nous a si aimablement fourni de précieux documents. Nous le prions d'agréer ici nos remerciements les plus respectueux.

Nous n'oublierons pas l'amabilité de M. le Docteur

HEBERT chef de laboratoire à l'Hôpital des Enfants malades qui a bien voulu nous communiquer l'examen histologique de quelques coupes de kystes séreux congénitaux. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre reconnaissance.

Enfin M. le Professeur SECONDE nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse; nous lui exprimons notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION HISTORIQUE

Les kystes séreux congénitaux multiloculaires ne sont pas très fréquents. Il nous a cependant été donné l'occasion d'en observer quelques cas dans le service de Monsieur le Professeur agrégé Broca à l'Hôpital des Enfants malades et nous avons pensé qu'une étude d'ensemble consacrée à ces tumeurs pourrait présenter un certain intérêt.

Avant d'aborder l'étude des kystes séreux congénitaux, il importe de savoir exactement quelles sont les tumeurs que l'on désigne sous ce nom. Nous en emprunterons la définition au professeur Lannelongue et nous dirons que c'est : « une variété toute spéciale de tumeurs congénitales comprenant les kystes et les tumeurs kystiques dont les poches présentent les caractères extérieurs des kystes appelés communément séreux. Le contenu des loges est le plus souvent une sérosité plus ou moins modifiée, les parois kystiques offrent l'aspect séreux. »

L'étude de ces kystes est relativement récente et l'on

semble avoir ignoré longtemps l'existence de kystes séreux congénitaux autres que ceux du cou.

Ceux-ci même ont été, nous semble-t-il, méconnus tout d'abord, puisque Redenbacker les a décrits en 1828 sous le nom de grenouillettes. Le premier ouvrage sur les kystes congénitaux du cou date seulement de 1839. C'est Césard Hawkings qui a publié cette étude dans les « Transaction médico-chirurgicales. On a particular form of congenital Tumour of the Neck.

En 1843 paraît l'excellent mémoire de Wernher sur les kystes congénitaux en général et quelques années plus tard on trouve deux observations dues à Wintzer dans la thèse inaugurale de Joseph Gilles: *De hygromatis cysticis congenitis deque novis quibusdam eorumdem exemplis quæ in collo et inre in regione sacræi observata sunt*. Archives générales de médecine 1853. Tome I.

Il nous faut arriver ensuite au professeur P. Lorain qui publia le premier exemple de kyste séreux congénital du cou dans les comptes-rendus de la société biologique du mois de mai 1883. L'année suivante il en reproduit deux nouvelles observations qui ont servi de base à la thèse de Virlet.

Peu après parut un article de Debout sur les kystes séreux congénitaux traités par les badigeonnages et les injections de teinture d'iode (Bulletin général de thérapeutique 1856) tiennent encore plusieurs observations publiées par Blachez 1856, Giralès 1860, Fano 1861, Dépré et Lebourg 1866, Boucher dans sa thèse 1867, Bailly et Depaul 1867.

Neuf ans plus tard, L. F. Guérin consacre sa thèse

aux kystes congénitaux du cou (1876) et Emmanuel Brucey aux kystes séreux des ganglions lymphatiques.

La même année Delvaz communique à la société de chirurgie un cas de kyste congénital du tissu cellulaire du cou.

A cette époque, de nombreuses observations furent publiées à l'étranger par F. Trendlenburg, Mac-Mahon et James Hardies en 1872, par J. Hoog, Grange, West et Guillaumet en 1874 par Mackensie et Bœckel en 1875.

La thèse inaugurale de Boëna José-Louis soutenue à Paris en 1883 a pour sujet: l'étude des kystes séreux congénitaux du cou.

En 1886, MM. Lannelongue et Achard firent paraître leur traité « des Kystes congénitaux » qui a jeté une vive lumière sur les tumeurs qui nous occupent, et où se trouvent réunies de nombreuses observations de kystes séreux congénitaux autres que ceux du cou. Nous nous bornons ici à signaler cet ouvrage, nous réservant d'y revenir au cours de notre étude.

Depuis ont paru le traité de MM. Lannelongue et Ménard sur les affections congénitales, les thèses de Frédéric Giovanoni 1892, François Hu 1896, Roques André 1898, Gayraud 1899, Castel 1901.

TOPOGRAPHIE

Cet aperçu sur l'historique de la question nous montre que jusqu'au Traité de Lannelongue et Achard 1886, toutes les études sur les kystes séreux congénitaux ne s'occupent que des kystes du cou. Nous verrons cependant, que si le cou est réellement le siège de prédilection de ces tumeurs, ce n'est pas la seule région où leur présence puisse être constatée, puisque dans les observations que nous avons pu réunir, toutes les parties du corps ont été mises en cause.

Dans les observations que nous avons recueillies dans le service de M. Broca, sur 37 cas, nous avons en effet 9 cas de kystes du cou, mais nous avons aussi 4 cas de kystes de la paroi thoracique, 4 de la nuque, considérée autrefois comme siège exceptionnel; 3 des régions sus et sous-claviculaires, 2 de l'aisselle et des cas kystes séreux de presque toutes les régions du corps. François Hu dans sa thèse inaugurale soutenue à Lille en 1896 nous cite 5 cas de kystes de l'aisselle et deux du thorax, et Lannelongue

et Achard nous avaient aussi cité des kystes du bras, de l'avant-bras et du thorax.

Comme localisations rares, nous citerons un cas de kyste du lambda dû à l'obligeance de M. BROCA et observé chez un malade entré en 1895 à l'Hôpital Trousseau.

Dans le Traité de Lannelongue et Ménard, nous avons trouvé un cas de kyste séreux congénital de l'orbite, et nous avons pu recueillir également dans la revue anatomique 1866-1867 deux cas assez rares, l'un de la partie médiane et postérieure du cou, l'autre de la région sacrée.

On aurait tort, on le voit, d'assigner une partie du corps plutôt qu'une autre comme siège de ces kystes, Lannelongue l'avait déjà fait remarquer dans son traité. Il est toutefois certains caractères particuliers à ces tumeurs et que nous ne saurions pour cela passer sous silence. L'un d'eux, est leur voisinage fréquent avec les troncs vasculaires. Le plus grand nombre d'observations ne nous montre-t-elles pas, en effet, que ces tumeurs occupent de préférence les régions carotidienne et axillaire traversées par des paquets vasculaires.

La peau est ordinairement mobile sur ces tumeurs et on peut le plus souvent les isoler des plans profonds; il peut arriver toutefois qu'ils envoient des prolongements dans les muscles ou dans les parties voisines quelles qu'elles soient.

On a vu, en effet, des kystes du bras pousser des prolongements dans les muscles et amener ainsi peu à peu de la gêne fonctionnelle par affaiblissement musculaire.

Mais les prolongements plus dangereux sont ceux qu'envoient les kystes séreux multiloculaires du cou dans le médiastin. Lannelongue nous cite deux observations de ce genre concernant toutes deux des kystes séreux congénitaux du cou avec prolongement dans le médiastin. Dans l'un, les kystes descendaient jusqu'au péricarde; dans l'autre, la tumeur, qui occupait la moitié gauche du cou, se prolongeait dans la cavité thoracique et apparaissait du côté opposé, dans la région claviculaire.

Quelquefois aussi, ces tumeurs envoient des prolongements sous le plancher de la bouche, prolongements qui peuvent alors gêner la déglutition et être une cause d'erreur pour le diagnostic de ces kystes.

Ces prolongements, quels qu'ils soient, sont souvent méconnus pendant la vie ou avant l'opération; c'est parfois au cours de l'intervention qu'on les découvre s'insinuant au loin dans les parties profondes, alors que l'examen clinique n'avait rien révélé de semblable. Ils pénètrent entre les muscles, adhèrent aux gros vaisseaux, et s'étendent même jusqu'au devant de la colonne vertébrale, entourant le pharynx et la trachée.

Nous pourrions ajouter que les kystes séreux-congénitaux occupent, de préférence, les faces antérieures du cou, plus rarement la nuque. Souvent, ils dépassent les limites de ces diverses régions pour s'étendre sur les parties voisines, à la face, au thorax, à l'épaule.

Nous ajouterons, avec Lannelongue, que les kystes de la région postérieure du cou sont bien moins fréquents que ceux des autres parties. On a dit qu'ils s'observent surtout chez des enfants nés avant terme et porteurs d'au-

tres difformités, mais ceci n'a rien d'absolu. En tout cas, dans aucune des observations que nous recueillons personnellement, nous n'avons trouvé de tare concomitante.

« En résumé, si nous envisageons la distribution des kystes séreux congénitaux, nous voyons qu'elle ne présente rien de régulier et n'est soumise à aucune loi déterminée. On ne retrouve pas dans leur localisation la même fixité que pour les kystes dermoïdes et mucoïdes; ils n'offrent pas, comme ces derniers, un siège bien défini correspondant à une série de dispositions anatomiques du fœtus. Ainsi, les kystes séreux du cou n'ont rien dans leur répartition qui soit en rapport avec la conformation de l'arc branchial; ils siègent en avant, en arrière, et sur les côtés, comme dans les régions voisines ou éloignées, sans aucune régularité dans leur forme, dans leur étendue, dans leurs rapports avec les parties environnantes. C'est dire qu'on ne peut chercher aucune indication sur leur lieu d'origine dans les particularités que nous présente l'anatomie topographique du fœtus ».

Quant au volume de ces tumeurs, il est très variable; tantôt du volume d'une noix, il peut d'autrefois atteindre celui d'une tête de fœtus, comme dans le cas d'une tumeur de la région sacrée, où le volume du kyste avait rendu l'accouchement très difficile.

Lannelongue rapporte un cas semblable dans son traité sur les kystes congénitaux: l'enfant portait sur la partie latérale du cou une tumeur du volume d'une tête de fœtus.

Hâtons-nous de dire que de tels cas sont relativement rares et que le volume de ces tumeurs varie comme nous

l'avons vu dans les observations recueillies dans le service de M. Broca, de la grosseur d'un œuf de poule à celle du poing d'un adulte.

SYMPTOMATOLOGIE

D'après ce que nous venons de dire sur la topographie et le volume des kystes séreux congénitaux, nous pouvons, d'ores et déjà, concevoir à quelle symptomatologie diverse et variée ils peuvent donner lieu.

Il est cependant des caractères propres à ces tumeurs que nous allons essayer de mettre en relief.

Leur forme est variable. En général, ces tumeurs sont arrondies et uniformément proéminentes ou constituées par l'agglomération de lobes et de bosselures qui circonscrivent des sillons plus ou moins profonds.

Ordinairement, le centre de la tumeur est occupé par une masse fluctuante autour de laquelle viennent se grouper de petites masses kystiques d'une consistance plus ferme, rénitente.

Ces kystes ne sont pas toujours bien limités, ni même facilement limitables, par exemple dans les cas où ils ont des prolongements et dans ceux à forme diffuse où ils se continuent insensiblement avec les parties voisines qui sont envahies de proche en proche.

La peau est ordinairement normale, et peu distendue; dans la plupart des observations que nous avons pu rassembler on signale cependant une teinte bleuâtre qui a retenu notre attention.

La consistance de la tumeur est mollassse, spongieuse parfois élastique et rénitente. La fluctuation est le plus souvent peu nette.

Généralement la peau est mobile sur la tumeur qui est, en effet, presque toujours sous-aponévrotique et c'est seulement lorsque le kyste atteint des dimensions considérables que la peau peut se distendre, s'ulcérer même et sembler adhérente à la tumeur.

Le plus souvent, le kyste est mobile sur les plans sous-jacents et on peut, pour ainsi dire, l'isoler. Mais ce caractère semble surtout propre aux kystes uniloculaires et n'appartient pas d'une façon constante aux kystes multiloculaires, qui ont trop souvent des prolongements qui les immobilisent. Ce n'est, toutefois, que rarement qu'ils sont en connexion absolue avec les organes qui les entourent et avec lesquels ils ont surtout des relations de voisinage.

Cette contiguïté, spécialement avec les troncs vasculaires, avait même accrédité la théorie pathogénique d'origine vasculaire dont les partisans admettaient la communication antérieure entre la tumeur et les vaisseaux sanguins. Ce qui avait également accrédité l'opinion que nous venons de mentionner, c'est l'expansion que peut prendre la tumeur, soit pendant l'expiration, soit pendant les efforts de toux. Mais il ne faut pas, dans ce cas, conclure trop vite et on doit alors surtout songer à l'existence possible de prolongements thoraciques. Nous

ferons remarquer que la tumeur n'est pas réductible.

Nous verrons plus loin que les kystes séreux congénitaux peuvent être considérés comme des tumeurs liquides. On est donc autorisé à rechercher la transparence. On la constate quand ces tumeurs se trouvent immédiatement sous la peau et, autre condition, quand la cavité kystique n'est pas remplie de sang comme il arrive assez fréquemment. Mais ce n'est là qu'un signe tout-à-fait inconstant.

La douleur est ordinairement nulle et n'existera que si la tumeur acquiert un volume considérable, comprime des troncs nerveux, ou s'il se produit une infection dans le kyste.

Les troubles fonctionnels sont nuls ou à peu près et ces tumeurs ne gênent que par leur volume excessif qui peut parfois déformer la face ou empêcher certains mouvements des bras.

Nous avons donné les signes communs à la plupart des kystes séreux congénitaux mais nous nous empresserons d'ajouter que tous ces symptômes peuvent varier beaucoup et qu'il peut s'y en ajouter bon nombre d'autres selon la localisation de ces kystes.

DIAGNOSTIC

De prime abord, le diagnostic des kystes séreux congénitaux paraît facile; il l'est réellement dans un bon nombre de cas, tels que celui décrit par M. Broca, dans une leçon faite à l'Hôpital des Enfants malades.

Il s'agissait d'un garçon de quatre mois porteur d'un volumineux kyste séreux multiloculaire, tout-à-fait typique, occupant toute la hauteur de la région carotidienne.

Cet enfant, né à terme, présentait, dès la naissance, une tuméfaction déjà volumineuse, dont les dimensions s'accrurent brusquement, deux jours avant son admission, et qui siégeait au côté gauche du cou.

Cette tumeur était, dans son ensemble, grosse comme une orange, mais elle présentait des bosselures irrégulières. L'une d'entre elles, à peu près centrale, grosse, presque comme une mandarine, donnait l'impression d'une poche fluctuante, peu tendue, à contenu très fluide. Autour de cette tumeur, entre elle et les plans profonds du cou, se trouvait un amas de petits éléments grenus. La

peau qui était partout très mobile à la surface de la tumeur et se laissait plisser, présentait, par transparence, une sorte de reflet bleuâtre sur la bosselure principale.

Sa vascularisation était normale.

Ne dirait-on pas un résumé complet de la symptomatologie que nous venons de rappeler avec ce caractère spécial du siège carotidien. Il était impossible de ne pas porter dans ce cas le diagnostic de kyste multiloculaire du cou. Mais le diagnostic n'est pas toujours aussi facile; le kyste peut affecter une autre localisation, ce qui pourrait alors empêcher de faire le diagnostic de cette variété de tumeurs si l'on ne se rappelait pas qu'elles peuvent siéger en n'importe quelle région de l'organisme. Ainsi, au bras, nous pouvons songer à tout autre genre de tumeur surtout si elle n'occupe pas le voisinage des troncs vasculaires; nous pouvons ainsi penser à un lipome; il semble que ce soit la confusion la plus facile. L'origine congénitale de ces tumeurs permet cependant de fixer le diagnostic; mais ce caractère lui-même peut être méconnu, il y a, du reste, des lipomes congénitaux. La consistance de ces kystes est plus ferme que celle du lipome.

L'absence d'adénopathie fera écarter toute idée de tumeur maligne.

A la paroi thoracique, les erreurs peuvent être fréquentes; ainsi que le démontre le cas de la jeune fille de 14 ans et demi, soignée à l'hôpital des Enfants Malades, au mois d'octobre 1908.

Cette jeune fille présentait une volumineuse tuméfaction aplatie occupant la partie latérale droite du thorax depuis le fond de l'aisselle jusqu'à la huitième côte.

La peau qui la recouvrait était absolument saine. La palpation indolore donnait la sensation d'une collection liquide sous faible tension avec fluctuation très nette. Cette tuméfaction présentait une certaine analogie avec les épanchements traumatiques de sérosité que l'on rencontre surtout au dos. Un certain nombre d'hypothèses furent formulées sur la nature de la tumeur. L'examen cytologique dénota l'existence d'une réaction inflammatoire à lymphocytes à peu près identique à celle d'un épanchement de pleurésie séreux.

On devra tout d'abord remarquer que la réaction lymphocitaire, indice d'une inflammation subaiguë ou chronique peut se rencontrer dans les cas semblables et que des phénomènes inflammatoires sont souvent une complication des kystes multiloculaires.

A la région sacrée, on pourra confondre les kystes séreux congénitaux avec un spina-bifida ou une ménin-gocèle; on peut, alors, faire le diagnostic en se basant sur la non réductibilité de la tumeur.

En résumé, pour toutes les parties du corps autres que le cou, le point essentiel pour ne pas méconnaître ces tumeurs sera de songer à leur existence.

N'allons pas croire pour cela que le diagnostic des kystes séreux congénitaux du cou s'impose; il n'en est rien. C'est ainsi que les premiers cas qu'on en ait signalés ont été pris pour des grenouillettes.

Cette confusion peut se produire pour les kystes sus-hyoïdiens avec prolongement intra-buccal; mais ces kystes se distinguent des grenouillettes en ce qu'ils ne sont guère limités au plancher de la bouche et, lorsqu'ils font

saillie sous la langue, en ce qu'ils apparaissent aussi au-devant du cou avec leurs caractères cliniques habituels.

Lorsque ces kystes sont médians, ils peuvent être confondus avec des tumeurs thyroïdiennes; mais les tumeurs qui nous occupent ne suivent jamais les mouvements de la trachée comme celles du corps thyroïde.

Ces tumeurs peuvent aussi se confondre, lorsqu'elles ont été infectées secondairement, avec un phlegmon ou quelque autre processus inflammatoire, comme dans le cas cité par M. Broca, où il a opéré pour un kyste séreux congénital sous-maxillaire une fille qui lui avait été présentée comme atteinte de phlegmon du cou.

Comme moyen de diagnostic, on peut recourir à la ponction, mais nous avons vu qu'elle ne donnait pas toujours un résultat précis.

Nous voyons donc qu'il est des cas où il est très difficile de savoir en présence de quelle néoplasie on se trouve.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant de passer à l'étude de la pathogénie des kystes séreux congénitaux multiloculaires, nous en étudierons rapidement l'anatomie pathologique. Nous pourrions discuter ainsi avec plus de fruit l'importante question de leur origine.

Nous avons vu, dans la description topographique et symptomatologique de ces kystes, qu'ils présentaient les caractères d'une tumeur mamelonnée. Lorsque cette tumeur a été vidée, ses parois deviennent flasques et son volume diminue. L'examen macroscopique de ces kystes nous montre une masse bombée, formée par l'agglomération de vésicules nombreuses comparées à des œufs de poisson. Le nombre et les dimensions de ces vésicules sont fort variables. Lorain en a comptés de 80 à 100, dans la même tumeur, et Wernher a compté plusieurs centaines de loges dans un même kyste. Le volume de ces vésicules est en raison inverse de leur nombre.

La surface interne des poches présente les caractères d'une membrane séreuse; elle est lisse, humide, de cou-

leur blanchâtre, parfois presque nacré lorsqu'une couche fibreuse sous-jacente communique à cette paroi le brillant aponévrotique.

La paroi interne a un aspect réticule, aréolaire, rappelant beaucoup celui de la face interne des cavités du cœur.

Elle présente des bandelettes, plus ou moins larges, plus ou moins saillantes, des trabécules diversement entrecroisées; ici, ce sont de petites colonnes semblables à des pilastres encastrés dans la paroi.

Ailleurs, ce sont des saillies étoilées, des cloisons incomplètes, quelquefois des brides réunissant deux faces opposées.

Chaque poche kystique est séparée de l'autre par une mince cloison conjonctive à laquelle sont souvent accolés quelques petits pelotons graisseux.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur les résultats de l'examen macroscopique de ces tumeurs.

Longtemps cependant, on s'en est tenu à ces notions sommaires d'anatomie macroscopique. Ce n'est guère que vers l'année 1870 que l'on a fait intervenir les notions fournies par l'analyse microscopique.

A cette étude se rapporte une longue série de travaux publiés surtout en Allemagne, sur le lymphangiome.

Nous citerons seulement les plus importants: le mémoire de Wegner (1877) et celui de Middelporf (1885).

Lannelongue et Achard ont été les premiers en France à publier des examens microscopiques de ces tumeurs. Ils ont publié également, dans leur traité des kystes congénitaux (1886) des examens du contenu de ces kystes que nous avons cru intéressant de rapporter ici.

La première est celle d'une tumeur du cou observée par Giraldès; la seconde, faite par Bergmann, est relative à un kyste du cou, rapporté par J. Gilles.

Première Analyse.

Eau	94,86
Albumine	4,90
Sels alcalins	0,24
Total	100,00

Deuxième Analyse

Eau	86
Albumine	11,35
Chlorure de sodium avec un peu de chlorure de de chaux	1,57
Carbonate de soude.....	0,83
Lactate de soude et extrait de viande	0,54
Phosphate de soude uni avec l'albumine.....	0,37
Graisse	Traces.

Nous voyons que la sérosité qui remplit la cavité de ces kystes renferme une grande proportion d'albumine. Son aspect est celui d'un liquide clair, limpide, transparent, d'un jaune ambré ou citrin, légèrement verdâtre, pas filant et plutôt onctueux au toucher. Ce liquide a une réaction alcaline.

Si nous examinons une coupe d'un de ces kystes, les parois des loges nous apparaissent constituées par du tissu conjonctif jeune; on y voit parfois quelques fibres élasti-

ques et même quelques fibres musculaires qui sont toujours très rares.

Les cavités kystiques sont toutes tapissées par un revêtement endothélial.

Du reste, nous ne saurions donner une idée plus juste de la structure histologique de ces tumeurs qu'en reproduisant un des examens histologiques qu'a bien voulu faire à notre intention, M. le Docteur Hebert, chef du Laboratoire central de l'hôpital des Enfants Malades.

Il s'agissait d'un kyste multiloculaire de la joue et du cou, chez une petite fille de trois ans.

« A un fort grossissement, nous voyons de nombreuses cavité de tailles différentes, les unes très petites et allongées, sous forme de simples fentes vasculaires, ne contenant rien. Les autres beaucoup plus volumineuses, mais de forme généralement irrégulière. Ces cavités sont creusées au sein d'un tissu dense et serré constitué en grande partie par du tissu conjonctif adulte. Au centre de ces tissus, se voient cependant encore quelques fibres musculaires comprimées et étouffées; les bords des grandes cavités lymphatiques contiennent un peu de tissu graisseux et quelques vaisseaux sanguins à paroi épaissie. Ces bords sont constitués eux-mêmes par du tissu conjonctif plus dense, au sein duquel se voient tantôt de petites fentes lymphatiques minuscules, tantôt les lymphatiques sont isolés, tantôt ils sont en amas. Les cellules qui tapissent les grandes cavités sont des cellules lymphatiques banales, fortement aplaties. Les cellules qui tapissent les petites cavités sont au contraire saillantes, dans la lumière de ces cavités.

Toutes ces cavités lymphatiques forment un système de lacunes qui communiquent entre elles ou sont séparées par des barrières conjonctives très minces, tapissées sur leurs deux faces d'éléments lymphatiques et légèrement infiltrées de lymphocytes.

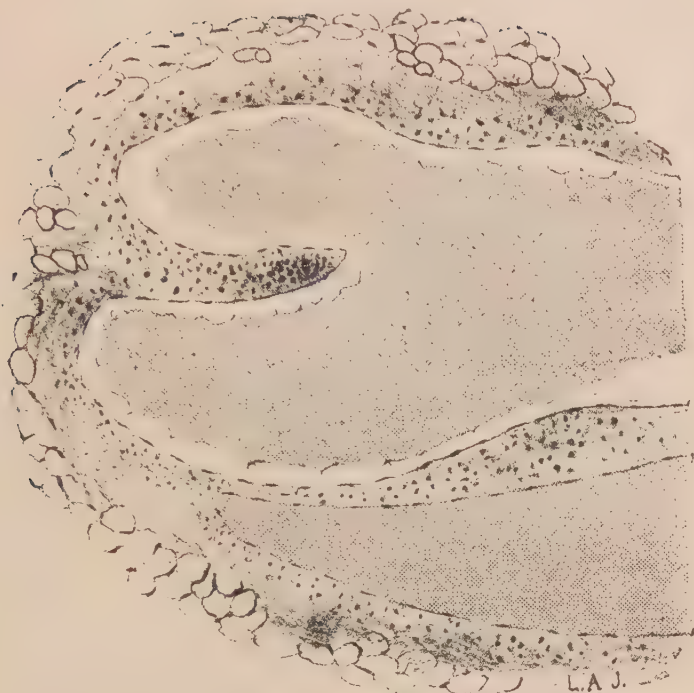
L'intérieur des cavités est, pour la plupart, rempli d'un caillot de lymphe sur les bords duquel se voient des cellules lymphoïdes. »

De cet examen histologique, nous pouvons conclure que la tumeur a des connexions certaines avec le système lymphatique.

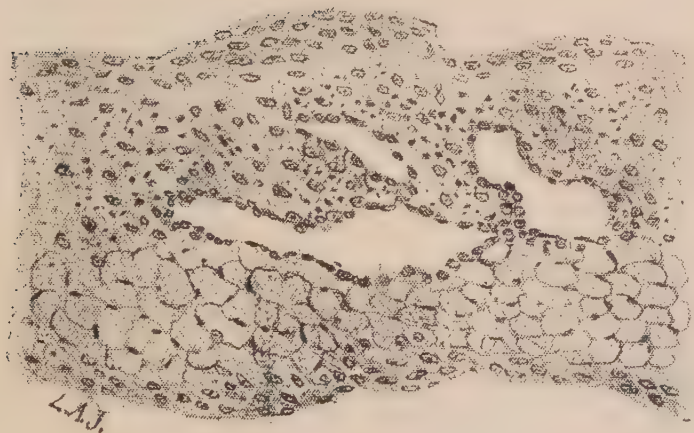
Cette constatation nous aidera beaucoup à expliquer la pathogénie de ces kystes.

Nous joignons à cet examen la reproduction de quelques coupes de ces tumeurs, Obs. LV, LVI, LVII, et LIX, dues à l'obligeance de M. le Docteur Hébert, coupes qui nous renseigneront encore plus exactement sur la nature de ces kystes.

PLANCHE I



OBSERVATION LV



OBSERVATION LVI



OBSERVATION LVII

PLANCHE III



OBSERVATION LIX

PATHOGENIE

Nous donnons d'abord, à propos de la pathogénie, un aperçu des théories anciennes et nous en montrerons l'insuffisance.

La première en date de ces théories assignait aux kystes séreux congénitaux une origine glandulaire et faisait dériver les kystes du cou des glandes salivaires.

Nous comprendrons facilement que cette théorie ait eu un certain crédit à une époque où l'on confondait ces kystes avec les grenouillettes (Redenbach, 1828) et où l'on ne pensait pas que ces tumeurs puissent exister ailleurs que dans la région cervicale et où l'on ne pratiquait pas encore d'examen histologique. Nous ne nous attarderons pas à réfuter cette théorie, un seul argument suffit : l'absence d'épithélium glandulaire dans l'intérieur de ces tumeurs.

Une deuxième théorie plaçait l'origine de ces tumeurs dans les organes à vésicules closes, dans la glande de Luschka, pour les kystes du siège, et dans le ganglion intercarotidien d'Arnold, pour les kystes du cou.

Mais elle est impuissante à expliquer l'apparition de ces kystes dans les autres parties du corps; et, la structure de ces tumeurs ne concorde pas avec celle des organes incriminés. C'est ainsi que la glande de Luschka possède un épithélium glandulaire que l'on ne retrouve pas dans les kystes séreux de la région sacrée.

Dans la troisième théorie, on a tenu compte de ce fait que ces tumeurs siègent à présent sur toutes les parties du corps et se développent principalement dans le tissu conjonctif sous-cutané, en s'étendant aux organes voisins, par l'intermédiaire du tissu conjonctif interstitiel.

On en a tiré ce corollaire obligé que le lieu de formation de ces tumeurs doit être placé dans le tissu conjonctif et qu'on peut les rencontrer par conséquent dans tous les organes, en n'importe quel point de l'organisme.

C'est donc dans le tissu conjonctif que doit être recherchée l'origine de ces productions.

Cette théorie n'apporte guère de lumière à la pathogénie de ces kystes, car si leur origine est dans le tissu conjonctif, on peut se demander par quel processus ils se forment.

Wernher ne donne aucune indication nouvelle en disant qu'il s'agit d'une néo-formation de produits pseudo-plastiques.

Holmes, en 1849, conclut à la transformation kystique d'une tumeur érectile.

Cruveilhier et P. Broca pensaient également que les kystes séreux congénitaux pouvaient, dans certains cas au moins, être considérés comme des kystes vasculaires, développés au sein de tumeurs érectiles dont certaines

portions auraient cessé de communiquer avec la circulation générale pour s'isoler et leur donner naissance.

En 1856, Bush avait émis l'opinion que les kystes se développaient au sein des tumeurs angiomateuses d'une manière indépendante et n'entraient que plus tard en connexion avec les vaisseaux sanguins grâce à une sorte d'usure des parois vasculaires.

Les deux dernières théories sont, on le voit, très voisines l'une de l'autre, aussi Virchow chercha-t-il à les concilier en admettant que la transformation kystique des angiomes peut être rapportée dans bien des cas à une combinaison de tumeurs érectiles avec des kystes séreux, et dans d'autres à une association d'angiomes sanguins et d'angiomes lymphatiques. Il mettait ainsi en cause un nouveau facteur: le système lymphatique. Cette théorie semble s'accréditer de plus en plus, Wegner admet, en effet, que les tumeurs qui nous occupent ont leur origine dans le système lymphatique.

D'après lui, elles pourraient se développer de trois façons différentes:

1° Par dilatation des canaux lymphatiques normaux, à la suite de l'oblitération de vaisseaux plus volumineux;

2° Par prolifération de l'endothélium de leurs parois (néoplasie, homoplastique);

3° Par formation de cavités lymphatiques nouvelles au sein d'un tissu de granulation.

Cette théorie semble avoir été admise d'une façon générale depuis Lannelongue et Achard, qui, toutefois, dans leur traité (1886), donnent cette théorie comme la plus

rationnelle sans prendre parti entre la théorie vasculaire et la théorie lymphatique.

Nous comprendrons facilement les causes des erreurs commises dans la recherche de la pathogénie de ces kystes en nous souvenant que, jusqu'à ces dernières années, il n'y avait eu qu'un petit nombre d'examens microscopiques qui constituent, cependant, le seul procédé qui nous renseigne sur les éléments qui constituent ces tumeurs.

Depuis que nous sommes en possession d'une bonne technique histologique, on a pu démontrer que ces kystes sont en connexion avec le système lymphatique.

On voit, en effet, lorsqu'on pratique une imprégnation au nitrate d'argent sur une pièce fraîchement prélevée, que la face interne de la poche est tapissée par un revêtement qui présente tous les caractères de l'endothélium lymphatique.

Le kyste séreux congénital doit donc être considéré comme un lymphangiome, c'est-à-dire comme une prolifération lymphatique dont la cause et la nature nous échappent d'ailleurs d'une façon complète, exactement comme pour les angiomes sanguins. Nous constatons simplement, chez certains sujets, l'existence de phénomènes d'hyperplasie vasculaire antérieurs à la naissance, qui intéressent, soit les lymphatiques seuls, soit les capillaires sanguins et parfois enfin ces deux éléments à la fois.

Nous voyons encore que ces phénomènes de prolifération peuvent être parfois si actifs qu'ils peuvent donner naissance à une tumeur véritable et parfois même à un développement rapide. Mais nous ignorons entièrement

la nature exacte de ces néoformations vasculaires et la cause des différences considérables qu'elles présentent dans leur évolution.

Les proliférations lymphatiques peuvent être réduites à une infiltration diffuse par du tissu conjonctif dont les espaces lymphatiques sont dilatés et transformés parfois en cavités assez vastes, sans que l'on puisse réellement parler d'une tumeur limitée.

Certaines hypertrophies congénitales, limitées aux parties molles et en particulier à la lèvre ou aux joues, sont de cette nature. Parfois il se forme dans cette masse de véritables kystes à la suite de transformations successives qui donnent naissance d'abord à des amas de cellules lymphatiques puis à de petits grains contenant du liquide et enfin à des poches qui sont, soit petites et tendues, soit vastes, grandes et flasques.

En somme, on doit admettre, encore une fois, que ces tumeurs ont une origine lymphatique; mais il est impossible de trancher la question de leur mode de formation.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Au point de vue du pronostic, la nature et les symptômes de ces kystes nous permettent d'affirmer tout d'abord que ce ne sont pas des tumeurs malignes. Nous avons vu, en effet, qu'elles peuvent bien se propager, mais que cette propagation ne se fait que par continuité; par prolifération de la tumeur elle-même et non par pullulation à distance comme on l'observe pour les tumeurs malignes. D'autre part, elles n'envahissent pas les tissus en se substituant à eux. Leur pronostic est donc essentiellement favorable. Il faut toutefois faire des réserves, car si ces tumeurs ne sont pas malignes dans leur essence, elles peuvent provoquer par leur présence, de graves désordres.

Leur volume peut être la cause de déformations disgracieuses, gênantes et parfois même de troubles fonctionnels graves. Tel était le cas, chez un enfant porteur d'un kyste séreux congénital de la joue et dont on n'apercevait presque plus les yeux, ou encore dans cette autre observation, publiée par Lannelongue, d'un enfant chez lequel un kyste qui avait des prolongements dans le médiastin, provoquait des crises d'étouffement.

Il en était de même chez un autre enfant qu'une tumeur de l'aisselle empêchait de baisser le bras et nous pourrions citer encore bien d'autres faits de ce genre.

Mais, à part le cas où la tumeur présente des prolongements dans le médiastin et où elle peut amener la mort par asphyxie, les difformités ou les accidents qu'elle produit ne compromettent pas l'existence.

Ces kystes peuvent présenter cependant des dangers d'un autre ordre: ils ont une grande tendance à s'enflammer et se fistuliser. L'inflammation devient particulièrement grave quand les germes infectieux s'y sont introduits par la fistule et donnent naissance à une suppuration au sein de cette éponge lymphatique qui constitue un milieu de culture des plus favorables.

En résumé, si ces tumeurs sont le plus souvent bénignes, nous ne saurions être trop circonspects et nous méfier que nous ne devons pas porter trop hâtivement un pronostic favorable.

Un traitement s'impose donc pour ces tumeurs, surtout lorsqu'elles atteignent un volume considérable, lorsqu'elles sont en vue d'accroissement ou sur le point de s'enflammer. Mais, comme ces kystes sont l'apanage des nouveau-nés ou des enfants en bas âge, nous devons tout d'abord rechercher quel est l'âge auquel une intervention offrira le plus de chances de succès.

Puisqu'il s'agit, ici, d'une tumeur bénigne, on peut attendre, en toute tranquillité, que l'enfant présente une résistance suffisante au traumatisme opératoire.

Suivant les conseils de M. le Professeur Broca, nous attendrons donc, comme pour le bec de lièvre, que l'enfant ait atteint l'âge de 3 ou 4 mois. Il est cependant des cas

où nous aurons la main forcée par les événements et où nous serons obligés d'intervenir plus tôt, à cause de poussées inflammatoires menaçantes, que l'on peut observer à tout âge, soit en raison d'un accroissement rapide et considérable de la tumeur occasionnant des troubles mécaniques, et dû, parfois, à une rupture vasculaire avec gros épanchement comme ce fut le cas pour un enfant opéré le 30 novembre 1908 dans le service de M. Broca. Chez un enfant venu à la consultation, à l'Hôpital des Enfants Malades, pour un lymphangiome caverneux de la joue et qui faisait, au niveau de la face, comme des poussées successives d'érysipèle, on fut aussi obligés d'intervenir précocement. En examinant ce lymphangiome on remarquait que la tumeur présentait, sous la muqueuse de la joue, de petites nodosités de la grosseur d'une tête d'épingle qui n'étaient autres que de petits kystes séreux.

Dans es lymphangiomes diffus, l'absence de limitation ne constitue pas une indication à une intervention chirurgicale, bien au contraire; mais, dans le lymphangiome kystique, il ne faut pas se laisser devancer par l'infection. C'est surtout pour les kystes du cou que l'augmentation rapide de volume est une raison d'opérer hâtivement.

Après avoir fixé, d'une façon approximative, l'époque où il faut intervenir, nous devons nous demander comment nous devons le faire, à quel procédé nous devons avoir recours.

La ponction simple a tout d'abord été employée par Hawkins. Il a ponctionné, pendant un an à plusieurs reprises les nombreuses poches d'un kyste que présentait un enfant de 8 mois et a obtenu une réduction de la tu-

meur au 1/3. Il a pu démontrer que les cavités kystiques avaient complètement disparu,

Gosselin a pratiqué aussi le même traitement en 1875 et 1877.

Aux ponctions simples, ont succédé les ponctions suivies d'injections modificatrices, qui ont été pratiquées par Fano, Tillaux, Thibierge, etc... Trendlenburg a obtenu, par ce procédé, 3 guérisons sur 4 cas traités.

Pour rendre cette méthode plus efficace et pour que le liquide modificateur pût pénétrer dans toutes les cavités de la tumeur, on a cherché à détruire les cloisons qui les séparent. C'est dans ce but que Jules Roux introduisait, dans un pli de la peau, une sonde cannelée, en fer de lance et glissait ensuite dans la cannelure de la sonde, un ténotome mousse à l'aide duquel il sectionnait le plus grand nombre possible de brides et de cloisons dans l'intérieur de la tumeur, avant de pratiquer une injection iodée.

Ce procédé présente de sérieux dangers, car, en dehors de l'absorption possible de l'iode, on voit presque toujours la masse kystique s'enflammer et se fistuliser.

On a employé aussi le séton et le drainage du kyste et l'on a eu recours à l'électrolyse.

Lannelongue nous cite deux cas où il a utilisé l'action du courant électrique dans l'un d'eux, la tumeur a disparu d'une façon à peu près complète au bout de quelques mois de traitement: il s'agissait d'une enfant de 13 ans qui présentait une tumeur très volumineuse occupant toute la moitié gauche du cou; la première séance d'électrolyse eut lieu le 16 mai 1884 et le 30 juin la malade était en voie de guérison. Dans l'autre cas, il s'agissait d'une petite fille de 16 mois présentant une tumeur plus grosse que

le poing d'un adulte. Au cours du traitement, la suppuration apparut et amena rapidement la mort.

M. Broca l'a employé une fois sans effet dans son service chez une petite fille de trois mois portant un kyste séreux multiloculaire du tronc qui fut extirpé le 10 novembre 1899 et guérit très bien.

Enfin, les progrès de la chirurgie permirent de tenter l'extirpation de ces kystes qui est la seule méthode de traitement rationnelle. Nous insisterons sur la nécessité de l'extirpation complète, car l'ouverture simple ou l'excision partielle des parois précédée de leur affrontement et de leur suture, à la base de la tumeur (Nélaton) constituent des procédés insuffisants et dangereux que l'on doit rejeter.

Avant de terminer cette étude, indiquons rapidement, sans nous étendre sur la technique opératoire, quels sont les dangers à éviter au cours de l'exérèse de ces tumeurs.

Le fait capital est l'adhérence presque toujours intime de la tumeur avec la gaine conjonctive des gros vaisseaux et surtout des grosses veines. M. Broca a présenté, dans une conférence faite à l'Hôpital des Enfants Malades, le 2 décembre 1908, deux malades chez qui il eut à disséquer aux ciseaux courbes sur toute leur longueur, la jugulaire interne chez l'un et la veine axillaire chez l'autre. Cette dissection exige une habileté et une précision qui rendent l'opération des plus délicates.

Un autre point, sur lequel nous devons attirer l'attention, est la persistance fréquente après l'extirpation de la masse kystique principale de tissu à petits grains qui s'infiltre dans les espaces conjonctifs périvasculaires et ne

peut y être poursuivi par dissection. Il faut même, dans ce cas, s'abstenir de toute tentative de ce côté. Surtout que le plus souvent ce tissu ne prolifère pas.

Toutefois, les grains abandonnés dans la plaie ne restent pas toujours silencieux, tel chez la jeune fille, au kyste de l'aisselle qui revint dans le service de M. Broca au mois de décembre 1908 avec, au-dessous de la région précédemment envahie, l'existence d'une bosselure de la grosseur d'une reine-claude, lisse, ronde et qui, sans doute, va augmenter de volume. Il est vrai qu'il ne restera qu'à énucléer cette nouvelle tumeur comme la première.

Malgré les quelques ennuis que nous venons de rappeler dans l'extirpation de ces tumeurs, cette méthode, dont nous n'avons vu que des résultats favorables dans les observations recueillies dans le service de M. Broca, nous semble être la seule méthode de traitement rationnelle des kystes séreux congénitaux multiloculaires.

OBSERVATIONS

Observation I

Bulletin de la Société anatomique, 2^e série, page 59, Paris 1886.

Kyste séreux multiloculaire, congénital, de la partie médiane et postérieure du cou.

Pièce anatomique présentée à la Société anatomique, par M. Lelong, interne de Desprès.

Il s'agissait d'un fœtus de 4 ou 5 mois, recueilli par M. Desprès, chirurgien des hôpitaux dans sa clientèle particulière. Ce fœtus présentait à la partie postérieure du cou, une tumeur de volume considérable, égale à celui du poing d'un adulte.

Cette tumeur fluctuante multilobée, symétrique, occupait la partie postérieure du cou, de la nuque et du dos, depuis la fontanelle postérieure jusqu'à la 8^e ou 9^e vertèbre dorsale; elle s'étendait sur toute la largeur de la face postérieure du fœtus. De toutes parts elle était limitée par des sillons permanents.

A la surface, on remarque une série de dépressions et des bosselures. Une dépression médiane et de chaque côté une bosselure considérable; plus en dehors une nouvelle dépression, puis une nouvelle bosselure moins considérable que la première. Le tout symétriquement placé de part et d'autre de la ligne médiane.

Les deux lobes voisins de la ligne médiane ayant été ouverts, laissent écouler un liquide blanc, limpide, transparent. Ils sont immédiatement sous-cutanés. Tous deux forment un kyste isolé par une membrane celluleuse, mince et ténue, membrane qui ne représente aucun orifice de communication avec les organes voisins.

Chaque paroi est directement adossée sur la ligne médiane à la paroi du kyste du côté opposé et à celle du kyste le plus externe du côté correspondant. A sa partie profonde, elle recouvre une tumeur fluctuante qui paraît être un troisième kyste également bilatéral et symétrique.

Les autres kystes n'ont pas été ouverts. Le crâne et le canal rachidien ouverts ne donnent écoulement à aucun liquide; les organes encéphalo-rachidiens sont normaux. Il est donc évident qu'il n'y a pas de communication actuelle entre ces organes et les kystes dont nous parlons, lesquels se seraient certainement vidés par l'ouverture faite du canal rachidien, si cette communication eût existée? On a donc affaire à un kyste séreux congénital sous-cutané avec localisation rare.

Observation II

Bulletin de la société de Chirurgie de Paris. Mai 1867.

M. le Docteur Bailly montre une tumeur de la région fessière appartenant à un enfant nouveau-né du sexe féminin, mort 10 jours après sa naissance dans le service de M. Depaul, à la clinique.

Quand l'accouchement fut terminé, on reconnut qu'il avait été entravé par la présence d'une tumeur aussi grosse que la tête de l'enfant et donnant au siège un volume insolite. Cette tumeur aplatie d'avant en arrière, séparée en deux lobes par un sillon

conduisant en avant et en bas à l'anus, paraissait appendue à la colonne vertébrale. Lobulée et de consistance semi-fluctuante, elle était recouverte d'une peau mince, luisante, tendue, au-dessous de laquelle serpentaient un grand nombre de vaisseaux.

En examinant la tumeur de plus près on la trouve composée de petits kystes unis entre eux par du tissu embryonnaire.

* * *

OBSERVATIONS résumées empruntées au traité des Kystes Congénitaux LANNELONGUE et ACHARD (1886).

Observation III

Kyste séreux multiloculaire du cou — Injection iodée — Guérison

L'enfant porte sur la partie latérale gauche du cou, une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur s'étend de l'apophyse mastoïde à la clavicule et de l'angle de la mâchoire à la ligne médiane et postérieure du cou. En avant, elle passe sous le sterno-mastoïdien, en arrière elle recouvre les muscles postérieurs, elle est très mobile sur les parties profondes. La peau est également mobile sur la tumeur qui est rénitente mais non fluctuante. Elle est congénitale.

A la ponction il est sorti 200 gr. d'un liquide séreux coloré en rouge par du sang et renfermant beaucoup d'albumine. 6 pour 1000 de NaCl et des cristaux de cholestérine en abondance. Injection iodée, guérison avec persistance du noyau induré.

Observation IV

Kyste séreux congénital du cou — Extirpation — Guérison.

L... Jeanne, 15 jours, est présentée à l'hôpital Trousseau, le 29 septembre 1885.

Antécédents héréditaires bons.

La tumeur occupe la partie latérale droite du cou, principa-

lement vers la partie postérieure. Les bords sont bien limités, elle est adhérente à la partie profonde mobile sous la peau. Volume d'un gros œuf, elle n'a pas augmenté depuis la naissance. Aucun trouble fonctionnel.

A la ponction, on retire 60 grammes d'un liquide séreux, jaune ambré, onctueux.

Observation V

Kyste séreux congénital de la face et de la parotide — Extirpation — Guérison — Envahissement de la parotide par les kystes.

Antécédents héréditaires bons.

Sur le côté droit tumeur soulevant les téguments et occupant plusieurs régions à la fois. Elle apparaît un peu en avant de l'oreille, puis se développe sur la joue et de haut en bas jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur. En arrière, elle empiète sur la région parotidienne.

Observation VI

Kyste séreux congénital de la joue et de la région sous-maxillaire — Extirpation — Guérison — Loges multiples. — Revêtement endothélial.

C... Paul, 17 ans, entre le 15 juin 1880, à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Napoléon, n° 11.

Il présente une tumeur volumineuse; elle siège à la partie latérale droite de la face; en haut elle est limitée par une ligne allant de la commissure labiale au lobule de l'oreille, de là elle descend au devant de la face externe du maxillaire inférieur jusque dans le cou où elle remplit la région sous-hyoïdienne du côté droit et forme un relief du volume du poing.

La tumeur est mobile de tous les côtés.

Observation VII

*Kyste séreux congénital du cou — Extirpation — Guérison —
A l'examen histologique on voit des bourgeons épithéliaux et
des kystes en voie de formation.*

B... Gabrielle, 13 mois, est apportée à l'hôpital Trousseau le 12 avril 1883.

La tumeur a le volume d'un petit œuf et occupe l'espace compris entre l'occiput et le bord supérieur de l'omoplate; elle s'étend en arrière jusqu'à la ligne médiane et en avant jusqu'à la région sterno-mastoïdienne.

Cette tumeur est séparée de la peau par une couche graisseuse; elle adhère aux muscles prévertébraux.

Observation VIII

Kyste séreux congénital du cou.

J... Louis, 1 mois et demi, présenté à l'hôpital Trousseau, le 15 septembre 1885.

La tumeur, de la dimension d'un gros œuf, occupe toute la région sous-maxillaire gauche, la moitié de la région sous-hyoïdienne et s'étend un peu sur la joue. La peau est violacée.

A la ponction, on retire un liquide séreux.

Kyste congénital du cou renfermant du sang.

La tumeur occupe, depuis la naissance, l'angle de la mâchoire dans la région parotidienne du côté gauche.

Observation IX

Kyste séreux congénital du cou — Electrolyse de la tumeur.

D... Jules, âgé de 13 ans, entre le 15 mars 1884 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, N° 42.

Il porte une tumeur très volumineuse occupant toute une moitié latérale du cou. Depuis la ligne médiane, en avant, jusqu'à la ligne médiane, en arrière, et de haut en bas depuis le crâne jusqu'à la clavicule, il existe une masse plus considérable que la tête d'un fœtus à terme, très proéminente et d'un aspect fort inégal. Cette masse représente de grands lobes du volume d'une mandarine et des lobes plus petits séparés par des sillons. Pas de douleur, la peau glisse au-devant de la tumeur, 16 mai 1884, premier traitement; 30 juin, le malade est en voie de guérison.

Observation X

Kyste séreux congénital du cou — Electrolyse — Suppuration — Mort.

G... Alice, 16 mois, présentée à l'hôpital Trousseau, le 3 juin 1885.

Antécédents héréditaires bons.

Tumeur plus grosse que le poing d'un homme adulte.

La région sus-hyoïdienne droite répond à la partie centrale de la tumeur, qui envahit la région sus-hyoïdienne gauche, la moitié inférieure de la joue droite et la région parotidienne du même côté. Pas de prolongements vers les parties profondes.

Observation XI

Kyste séreux congénital du cou d'un volume énorme.

Enfant mort-né venu à terme.

La tumeur occupe le cou tout entier; sa masse est plus volumineuse que tout le reste de la tête et elle vient retomber jusqu'àuprès de l'ombilic.

La peau est intacte.

Observation XII

Kyste séreux congénital occupant la moitié gauche du cou se prolongeant dans la cavité thoracique et reparaissant du côté opposé à la région claviculaire.

T... Louis, 6 semaines, amené à l'hôpital Trousseau en mars 1886.

La tumeur présente des mouvements alternatifs très manifestes d'expansion pendant l'expiration et d'affaissement considérable pendant l'inspiration. A l'occasion des cris et des efforts, on voit son volume augmenter.

Observation XIII

Kyste séreux congénital du cou — Ponctions successives — Suppuration. — Mort — Développement des kystes dans le médiastin et jusque dans le péricarde.

B... Eugénie, 2 ans, entre le 29 décembre 1879 salle Sainte-Eugénie, numéro 19, service de Lannelongue.

Tumeur remarquée à l'âge de 2 mois. Elle est située sur la partie latérale droite du cou, proémine à la fois en avant et en arrière du sterno-mastoïdien dans le creux sus-claviculaire et sur la partie latérale du larynx jusque dans la partie sous-hyoïdienne. La peau est mobile.

De la région sus-claviculaire, elle s'engage au-dessous du sterno-mastoïdien, fait saillie au-devant du cou, disparaît profondément dans la région carotidienne, elle n'a pas de connexions avec l'appareil respiratoire. Le liquide du kyste est jaune citrin, renferme des globules sanguins.

Observation XIV

Kyste séreux congénital de l'épaule.

Fille de 5 jours présentée à l'hôpital Trousseau, le 29 mai 1885.

La tumeur, du volume du poing, occupe les régions acromiale, deltoïdienne et sous-épineuse. Elle n'est pas réductible et ne paraît pas envoyer de prolongements dans la profondeur.

Observation XV

Kyste multiloculaire de l'épaule.

Garçon de 8 ans portant à l'épaule droite une tumeur du volume du poing, elle occupe la fosse sus-épineuse et la région deltoïdienne jusqu'au bord axillaire.

Observation XVI

Kyste congénital du bras — Extirpation — Prolongements profonds et adhérence aux vaisseaux. — Guérison.

M... Emile,, âgé de 3 ans et demi, entre le 30 juin 1877, à l'hôpital Ste-Eugénie, salle Napoléon, numéro 21. La tumeur occupe les deux tiers de la circonférence du bras gauche, depuis le coude au-dessous de l'olécrane jusqu'au quart supérieur du bras. Elle adhère aux vaisseaux et durcit quand l'enfant pleure. La peau est adhérente à la tumeur.

Observation XVII

Kyste séreux multiloculaire du bras — Extirpation — Guérison.

P... Simon, 2 ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, 27, le 7 mai 1884.

A la partie supérieure de la face interne du bras, ne remontant pas tout à fait jusqu'au sommet de l'aisselle, existe une tumeur du volume d'une grosse noix. La peau est normale et adhérente, la tumeur est mobile sur les parties profondes.

Observation XVIII

Kyste séreux congénital du bras — Extirpation — Guérison

B... Paul, 5 mois, porte à la partie supérieure du bras gauche,

une tumeur qui existait à la naissance, elle a, depuis, augmenté un peu de volume.

La tumeur occupe la face antéro-interne de la partie supérieure du bras au niveau de l'insertion du deltoïde.

Observation XIX

Kyste séreux congénital du bras et de l'avant-bras — Extirpation — Prolongements profonds.

B... Albert, 27 jours, présenté à l'hôpital Trousseau, le 21 janvier 1885.

Tumeur lobulée sur la face antérieure de l'avant-bras et sur la face antéro-externe du bras.

La tumeur a des prolongements profonds et est formée d'un grand nombre de kystes.

Le liquide des kystes est limpide, légèrement jaunâtre et citrin.

Observation XX

Kyste séreux congénital de la région interscapulaire — Extirpation — Guérison.

La tumeur située au niveau des 1^{re} et 2^e vertèbres dorsales, a le volume d'une grosse noix, elle ne paraît pas pédiculée et n'a aucune connexion avec le canal rachidien.

Observation XXI

Kyste séreux congénital de la région sous-axillaire — Extirpation — Guérison — Kystes multiples à contenu varié.

Tumeur du volume d'un gros œuf, située sur la partie latérale gauche du thorax, entre le bord antérieur du muscle grand pectoral et le bord axillaire de l'omoplate.

La tumeur est indépendante de la peau.

Le liquide est clair et séreux.

Observation XXII

Kyste séreux congénital de la partie thoracique — Extirpation — Guérison.

S... Hélène, 8 mois et demi, présentée à l'hôpital Trousseau en avril 1885.

Cette enfant porte sous l'aisselle gauche une tumeur très probablement congénitale. Elle est allongée transversalement sur la paroi latérale gauche du thorax à 2 cent. environ au-dessous du creux axillaire. Ses dimensions sont de 6 à 8 cent. de long sur 5 de haut. Elle est parfaitement mobile sur les parties profondes et la peau glisse facilement sur elle. La tumeur est formée par une masse prolihytique d'apparence spongieuse.

Observation XXIII

Kyste séreux congénital du thorax et du cou d'un volume énorme.

Tumeur sous-cutanée dépressible et formée d'une multitude de loges qui communiquent les unes avec les autres au moins pour un certain nombre d'entre elles. Cette tumeur n'est pas réductible au moins dans le sens que l'on donne à ce mot. La consistance est celle des tumeurs hystiques congénitales.

Elle occupe toute la partie latérale droite du cou jusqu'à la mâchoire inférieure et remonte en arrière de l'oreille pour s'appliquer contre le crâne. De là elle descend sur le thorax et recouvre à partir du sternum, toute la paroi antérieure et latérale du côté droit, elle suit dans son développement le bord des fausses côtes qu'elle recouvre, elle descend ainsi sur l'abdomen.

OBSERVATIONS empruntées au traité des affections
Congénitales LANNELONGUE et MÉNARD. 1891 (page 120).

Observation XXIV

Congenital Tumour removed from the orbite

Traité de pathologie de Londres, vol. XIV, p. 248, 1863.

Holmes rapporte l'observation d'une petite fille jumelle de 7 semaines, chez laquelle une tumeur congénitale de l'orbite avait pris un accroissement rapide après la naissance. L'œil, chassé de l'orbite et détruit, pendait sur la joue. On apercevait sous les paupières, deux kystes transparents supportés par une masse dure non adhérente aux parois orbitaires. Malgré l'état d'émaciation et de faiblesse de l'enfant, la tumeur fut enlevée avec succès. Elle était composée d'un grand nombre de kystes à contenu séreux et d'une partie fibreuse.

Observation XXV (page 672).

Lymphangiome kystique de la région sus-hyoïdienne et du plancher de la bouche — Lymphangiectasie de la bouche.

Henriette R..., âgée de 6 jours, est apportée à l'hôpital Trousseau, le 12 octobre 1887, salle Giraldès.

Cette enfant a une tumeur qui siège sur le plancher de la bouche et gêne les mouvements de la langue. Après que la tumeur a été ponctionnée et ouverte plusieurs fois, l'enfant meurt le 17 janvier 1888. A la dissection de la tumeur on la voit divisée en deux parties, l'une au-dessous et en arrière de la glande sous-maxillaire, l'autre au-dessus du muscle mylo-hyoïdien qui la bride en bas et l'empêche de faire saillie du côté du cou.

Ces deux portions se continuent l'une avec l'autre et se confondent en une seule masse après la section du mylo-hyoïdien. L'ensemble de la tumeur se compose de vésicules agglomérées,

transparentes et d'un volume variable, les plus grosses ont environ 1 c. 50 de diamètre, les plus petites ne dépassent pas une tête d'épingle. Les veines sus-hyoïdiennes se ramifient sur la face externe de la tumeur, dont la face postérieure et interne est en contact avec les vaisseaux carotidiens.

Observation XXVI

Lymphangiome hystique du cou — Hémato-lymphangiome — Adhérences avec les vaisseaux carotidiens et avec les ganglions lymphatiques profonds.

Gabrielle B..., âgée de 23 mois, est apportée à l'hôpital Trousseau, pour un lymphangiome du cou. L'affection reconnue à la naissance est restée stationnaire jusque dans ces derniers mois, s'est accrue sensiblement depuis quelque temps.

La tumeur a le volume d'une pomme; elle occupe la partie latérale gauche du cou vers le sommet du triangle sous-claviculaire. Elle est sous aponévrotique et s'enfonce profondément, on n'en voit pas les limites; elle n'est pas réductible et n'augmente pas de volume par les cris et les efforts. Elle est visiblement formée de plusieurs loges. Il y a un peu de transparence avec teinte bleue.

L'extirpation est décidée.

Après avoir mis à nu la face superficielle de la tumeur, on dissèque la partie profonde. Les loges s'enfoncent sous le sternomastoïdien. On voit les vaisseaux carotidiens recouverts seulement par la paroi mince du kyste. En bas, un autre prolongement kystique s'étend jusqu'à la sous-clavière. Les loges kystiques qui tapissent les vaisseaux carotidiens recouvrent également plusieurs ganglions placés en avant des carotides. L'un de ces ganglions se présentait comme une petite verrue, proémi-

nant dans une loge kystique et presque entièrement isolé dans cette loge; la paroi kystique le recouvrait.

Une loge ouverte au cours de l'observation, contenait un liquide noir comme du sang veineux. La poche vidée, l'écoulement s'est arrêté. Les autres loges renfermaient un liquide séreux et limpide.

Observation XXVII

Kyste séreux congénital multiloculaire de la région parotidienne du côté droit.

Garçon de 11 ans et demi qui porte à la région parotidienne, au-dessous et en arrière du lobule de l'oreille et plus bas entre le bord postérieur du maxillaire et le sterno-mastoïdien, une tumeur lobulée du volume d'une petit œuf.

Cette tumeur soulève la région du creu parotidien, elle remonte en haut jusqu'au conduit auditif et empiète en arrière sur la face externe du sterno-mastoïdien; elle est constituée de deux lobes que sépare un léger sillon. La peau glisse à sa surface sans aucune trace d'adhérences; le peaucier et l'aponévrose passent certainement aussi sur sa face externe, sa consistance est molle et spongieuse. Derrière et à l'extrémité inférieure se trouvent 2 prolongements.

La tumeur ne se tend pas quand l'enfant penche la tête ou fait un effort en soufflant, la bouche et le nez étant fermés.

L'amygdale correspondante est saillante et un peu granuleuse.

La mère s'est aperçue, il y a 4 ans, de la présence de la tumeur qui se présentait sous la forme d'une tâche bleuâtre de la grosseur d'une lentille. Il y a 3 ans elle avait à peu près le même volume qu'aujourd'hui. A cette époque l'enfant fut atteint de rhumatisme articulaire aigu, généralisé à forme grave. La tu-

meur s'effaça pendant cette maladie et reparut 1 mois après.

5 ponctions furent faites.

La première en juillet 1887.

La deuxième le premier octobre 1887.

La troisième le 2 novembre 1887.

La quatrième et la cinquième les 25 et 28 décembre.

A la dernière la tumeur augmente subitement, les parents ne veulent pas la laisser enlever et l'enfant n'est plus revu.

Observation XXVIII

Kyste séreux multiloculaire du cou médian et symétrique de la région sus-hyoïdienne en fer à cheval.

Enfant âgé de 9 jours.

L'enfant porte une tumeur volumineuse, occupant la partie supérieure du cou des deux côtés. On voit une masse unique comme surajoutée au-dessous du maxillaire inférieur semblant prolonger la face; il n'y a plus de région sous-hyoïdienne, la tumeur a la forme d'un fer à cheval. Il existe 3 bosselures, 2 à droite et à gauche de la ligne médiane au-dessous du menton, la 3^e occupe la loge parotidienne du côté droit.

*
* *

OBSERVATIONS résumées empruntées à la thèse inaugurale de Frédéric GIOVANNI 1892-93.

Observation XXIX

Kyste séreux congénital du cou, côté gauche.

Il s'agit d'une tumeur située à la partie postérieure et latérale gauche du cou. Cette tumeur recouvre la portion mastoïdienne du sterno-cleïdo-mastoïdien; son extrémité inférieure repose sur

la fosse sous-épineuse et son bord supérieur refoule en haut le lobule de l'oreille pour se perdre à l'angle de la machoire inférieure.

A l'opération, le kyste semble pénétrer les fibres du sterno-mastoïdien.

Observation XXX

Kyste séreux congénital de la joue droite (21 juillet 1892).

3 ans avant son entrée à l'hôpital il existait chez le petit malade une tumeur grosse comme une noisette située sur un point qui correspond au milieu du bord antérieur du masséter droit.

Trois mois avant, chute sur la joue droite; depuis la tumeur a augmenté.

Actuellement, elle occupe l'espace compris entre l'arcade zygomatique en haut et le bord antérieur du masséter, qu'en arrière elle paraît recouvrir en bas la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Observation XXXI

Lymphangiome de la joue (2 mai 1892).

Il s'agit d'une tumeur occupant la surface de la joue droite, empiétant sur le bord antérieur du masséter, limitée en haut par l'arcade zygomatique, elle l'est en bas par le bord inférieur du maxillaire supérieur.

Ponction par la bouche récidive.

Observation XXXII

Kyste séreux multiloculaire de cou (30 octobre 1890).

La tumeur s'étend de l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule du côté droit.

Observation XXXIII

*Kyste séreux congénital du creux sus-claviculaire extirpé en 1890
par M. Broca.*

Il s'agissait d'une tumeur qui occupait le creux sus-claviculaire et envoyait sous le sterno-mastoïdien un prolongement qui adhérait aux vaisseaux carotidiens et un autre qui descendait entre l'omoplate et la cage thoracique.

* *

OBSERVATIONS résumées recueillies dans la Thèse inaugurale de François Hu soutenue à Lille 1896-97.

Observation XXXIV

*Observation recueillie dans le service de M. le professeur DUBAR,
à la Charité, le 25 janvier 1895.*

Clotilde H..., 18 ans. Kyste séreux congénital de l'aisselle.

Cette jeune fille a, du côté droit, s'étendant depuis le sein jusque dans l'aisselle droite, une tuméfaction très accusée empiétant sur la partie inférieure du muscle grand pectoral, recouvrant au-dessous de ce muscle, la partie adjacente de la paroi thoracique et s'étendant en arrière tout en s'atténuant vers la région dorsale.

L'ensemble de la tuméfaction, extérieur à l'aisselle, peut être embrassé par une main dont les doigts seraient fortement écartés. Cette tumeur n'est pas proéminente, elle est comme étalée et ses contours semblent se perdre dans les régions voisines. La peau est mobile sur les parties sous-jacentes.

En suivant la tuméfaction vers la partie externe ou arrière, à reconnaître qu'elle pénètre dans l'aisselle qu'elle remplit en soulevant le grand pectoral.

L'articulation scapulo-humérale est intacte; les battements de l'artère radiale ont la même force à droite qu'à gauche.

Observation XXXV

Kyste séreux de l'aisselle développé chez une petite fille de 7 ans et demi. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1856).

La tumeur occupe la paroi inférieure et interne de l'aisselle, elle n'a aucune connexion avec l'humérus, l'articulation scapulo-humérale, les vaisseaux et les nerfs de cette région. La forme de ce kyste est arrondie, allongée de haut en bas; il est indépendant, pas de ganglions, la peau est normale.

Observation XXXVI

ADAMS. *Case of. extra-thoracic-cyst.* (Lancet London. Ciméal Records March 27 1858.

C'était une jeune fille admise à London-Hôpital, pour un kyste du volume d'une orange, datant de plusieurs années et situé à peu près à la partie externe de l'angle inférieur de l'omoplate.

Observation XXXVII

COLLIS. *Removal of. large cystic growth from the axilla.* (British medical journal. 1868).

Enfant âgé de 2 ans et demi, amené à l'hôpital, souffrant d'une tumeur assez volumineuse développée depuis 6 mois dans l'aisselle gauche.

Observation XXXVIII

Kyste multiloculaire complexe de la région axillaire enlevé chez un enfant de 2 ans et demi. Société de Chirurgie 18 décembre 1878.

La tumeur grosse comme une tête de nouveau-né, remplit tout le creux axillaire, descend en bas sur la moitié de la paroi thoracique, refoule en avant les muscles pectoraux pour atteindre jusqu'à la clavicule et occupe en arrière presque toute la fosse sous-scapulaire, elle a une forme arrondie et bosselée. La peau n'est pas adhérente.

Observation XXXIX

RICHARDSON. *Axillary Kyst*. (London médical, Press and circular, 1866. T. 299).

L. R..., 17 ans, jeune fille admise à Adelaïd-Hôpital, le 18 décembre 1863.

Kyste sous la peau de l'aisselle droite, juste derrière le bord externe du grand pectoral, volume et forme d'une poire. 3 prolongements partent de la tumeur, l'un s'enfonce profondément sous la clavicule, un autre s'engage sous le grand pectoral et le 3^e devant l'omoplate sous lequel il paraissait s'insinuer.

Observation XL

Cystic tumour in the axilla. Philadelphie. Medicaltimes.

J.-M. André, 27 ans, 20 octobre 1877.

La tumeur s'étend depuis le haut de l'aisselle jusqu'à la 9^e côte et envoie des prolongements en arrière du grand pectoral et en avant du grand dorsal.

* *

OBSERVATIONS recueillies dans la Thèse soutenue par COSTEL Paul à Montpellier 1901, 26 janvier.

Observation XLI

Kyste séreux congénital de la paroi thoracique gauche. (Clinique chirurgicale des enfants, professeur ESTOR.

Victor P..., 2 mois.

Dans la région postéro-latérale gauche du thorax, on trouve une tumeur du volume du poing, sonore et paraissant réductible, bridée à sa partie moyenne par le bord externe du grand dorsal, elle paraît rattachée par un pédicule à l'angle inférieur de l'omoplate.

Observation XLII

Kyste séreux congénital du thorax.

25 juin 1900. Léonce R..., âgé de 1 mois.

Antécédents héréditaires bons, accouchement normal. On trouve sur la partie latérale droite du thorax, une tumeur ayant le volume d'une grosse pomme d'aspect lobulé et sillonnée à sa surface de grosses veines. Cette tumeur paraît grossir pendant les pleurs. Elle est hémisphérique, arrive en avant jusqu'au mamelon, en arrière jusqu'au bord axillaire de l'omoplate, pénètre en haut dans le creux de l'aisselle et descend jusqu'à 2 cent. au-dessous de la ligne passant par les 2 mamelons.

L'enfant n'est pas opéré vu son jeune âge. Le 20 octobre 1900, le kyste a un peu diminué.

Observation XLIII

Kyste séreux congénital de la région interscapulaire — Extirpation — Guérison.

Jules C..., âgé de 7 ans, amené le 14 mars 1883 à l'hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires bons.

L'enfant à la naissance avait une petite tumeur allongée, située entre les deux épaules, elle avait à peu près le volume d'une

cerise, elle présentait une teinte violacée; ses parois étaient minces et elle contenait manifestement du liquide.

On perça cette petite poche; il s'en écoula, d'après le récit de la mère, un liquide clair, limpide, semblable à de l'eau.

Actuellement la tumeur située au niveau des première et deuxième vertèbres dorsales a le volume d'une grosse noix.

On remarque à sa surface de très petites ulcérations en suppuration et datant seulement de huit jours. Elle ne paraît pas pédiculée et n'a aucune connexion avec le canal rachidien. Tout autour on voit une poussée d'acné.

Extirpation le 15 mars 1883.

A la coupe, la tumeur repose sur un plateau veineux érectile et adhère à la peau.

Observation XLIV

Kyste séreux congénital du triangle sus-claviculaire droit.

Hôpital Trousseau (1894)

Henri G..., 26 mois, 11, rue Guisarde, Paris.

A. H. Rien à signaler.

A. P. Au mois de mars on s'aperçoit qu'il portait en avant du sterno-mastoïdien une petite tumeur de la grosseur d'un petit pois. Depuis, elle a augmenté lentement mais régulièrement.

En juin, il fut opéré aux Enfants Malades, mais quelques jours après la guérison recommence à grossir.

Actuellement, la tumeur a le volume d'une cerise.

Coloration normale de la peau, tumeur molle, mobile sur le plan profond. La peau est mobile au-dessus d'elle. Pseudo fluctuation. Indolence absolue. On voit en dehors de la tumeur qu'il y a actuellement la trace d'incisions d'anciennes tumeurs. La

nouvelle a donc poussé en dedans, à un travers de doigt environ. Il ne semble pas y avoir de pédicule.

Le 15 octobre 1894, sous le chloroforme, incision transversale. Dissection large de la poche kystique. Celle-ci est crevée pendant l'opération. Il s'écoule un liquide louche. Un stylet promené à l'intérieur de la poche permet de s'assurer que l'ablation a été complète. Sutures.

Ablation des fils le 21 octobre 1894.

Observation XLV

Kyste séreux congénital du Lambda. . . Hôpital Trousseau.

Charlotte F..., 3 ans, habite rue du Chemin Vert, 52.

Entrée le 13 avril 1895.

La tumeur kystique est connue depuis la naissance et a été attribuée par l'accoucheur à une pression du forceps.

A. H. Premier père bien portant, disparu; deuxième mari (cocher), tempérament sanguin, apoplectique.

Un frère et le père ont un goître.

Mère dactreuse, a eu deux érisypèles en 89, varices.

Une sœur de 14 ans, pas formée, tendance à une tumeur thyroïdienne.

Une sœur morte à un mois de nourrice.

A. P. Anémique toussseuse.

Venue à terme après accouchement très laborieux, forceps.

Aucune autre tumeur, ni taches sur le corps.

La tumeur est connue depuis la naissance. Elle était d'abord molle et réductible. Pendant le sommeil de l'enfant, cette grosseur devenait plus flasque et disparaissait presque complètement pour reparaitre graduellement au réveil; depuis deux ans et demi au moins la tumeur est devenue du volume d'une noix.

19 avril 1895. — Actuellement, il existe à la hauteur du lambda un kyste du volume d'une noix, de surface un peu inégale et de consistance molle; autour d'elle le doigt perçoit un rebord osseux.

Aucune réductibilité; pas d'impulsion.

Opération. Extirpation de la capsule kystique. Incision contournant la tumeur qui repose sur une dépression crânienne cupulaire de la dimension d'une pièce de 10 centimes.

Lavage au sublimé fort.

Suture sans drainage.

A la coupe: masse kystique contenant un liquide hématique.

Observation XLVI

Kyste séreux congénital du cou à gauche. — Hôpital Trousseau.

Amélie M..., 5 mois et demi; 4, cité Popincourt.

Entrée 14 décembre 1897.

A. P. Née à terme, élevée au sein.

Aucune maladie.

Un frère.

La mère n'a pas eu de fausses couches.

A. H. ?

Kyste date de la naissance, volumineux dès ce moment.

Etat actuel. Du côté latéral gauche du cou, masse compacte volumineuse, flasque, molle. Elle occupe presque complètement la région maxillaire et se prolonge en arrière; elle a amené l'existence d'un lipome, et par places, au creux sous-claviculaire sont des grosseurs ressemblant à des ganglions.

Intervention le 14 décembre 1897. Ablation par dissection du sac séreux qui est en rapport direct avec la carotide et la jugulaire.

Drain, suture.

16 décembre. — L'enfant est ramenée aux pansements. Il y a un peu de paralysie du facial inférieur, la bouche est légèrement tirée du côté non opéré et la joue plus flasque du côté opéré que de l'autre.

Observation XLVII

Kyste séreux congénital multiloculaire du tronc.

Hôpital Trousseau.

Juliette R..., 3 mois.

Entrée le 10 novembre 1899.

Antécédents héréditaires: nuls. La mère a sur le poignet un petit nævus pigmentaire.

Antécédents personnels. L'enfant apporte en naissant un kyste congénital d'abord gros comme une orange et qui est ponctionné à la naissance. Le liquide se reproduit très rapidement. On fait, en trois semaines 5 séances d'électrolyse sans résultat.

Etat actuel. La tumeur augmente davantage. Sur la partie latérale gauche du tronc se trouve une plaque large comme la paume de la main, de couleur rouge sombre violacée, sur laquelle le doigt laisse une empreinte blanche bien vite effacée par l'arrivée du sang.

Au-dessus, au-dessous, en arrière et même un peu en avant de cette tache, se trouve une vaste poche très fluctuante qui s'arrête en arrière, à la colonne vertébrale, qui remonte en haut, presque jusqu'au creux axillaire.

En bas, la fesse paraît infiltrée et fluctuante. En avant, un peu au-dessous de la région mammaire, autre poche fluctuante.

Il existe une grosse bosselure tendue et fluctuante à la région lombaire gauche. Une autre également grosse comme une forte

mandarine se trouve sur la ligne axillaire, au-dessus d'une large tâche de vin large de 10 à 12 centimètres et haute de 5 à 6, située transversalement. En outre, la fesse est plus grosse que du côté opposé, mais sans qu'on y trouve de poche kystique.

Opération, le 10 novembre, par M. Broca.

Extirpation de la poche lombaire.

Pansement, le 16 novembre, bonne cicatrisation.

On retire le drain mis à la partie supérieure de la plaie.

Le 2 décembre, l'enfant a beaucoup de fièvre, il crie au moindre mouvement, à la moindre pression sur le ventre.

En même temps on constate en déshabillant l'enfant, que la poche dans la paroi abdominale avait augmenté de volume, était devenue très rouge, chaude.

3 jours après, la poche diminue, la rougeur aussi, et il y a même de la desquamation de la peau.

Le 7 il y a encore de la fièvre.

Le 8 tout redevient à peu près à l'état normal.

La poche au-dessous du sein du volume d'une mandarine a augmenté un peu aussi. Cette poche ne remontait pas à la naissance, mais s'était développée au mois d'octobre pendant qu'on faisait l'électrolyse.

Actuellement on est en présence d'une poche allant de la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, au dos du côté gauche, longueur environ 12 à 14 cent. largeur, 6 à 7 cent.

C'est cette poche qu'on opère le 8 décembre, dissection de la tumeur, ablation.

On a examiné une ou 2 petites tumeurs indépendantes, prolongeant la poche dans la région dorsale au-dessous du nœvus qui occupe le flanc gauche.

11 décembre. — Premier pansement. Excellent état de la plaie

supérieure, l'inférieure a un peu de suppuration, un peu de sérosité dans le pansement.

14 décembre. — Deuxième pansement (gaze stérilisée). Les sutures sont toujours très belles; mais l'enfant maigrit un peu, il a depuis quelques jours une diarrhée verdâtre (5 à 6 selles par jour) qui le fatigue. Le drain de la poche supérieure donne toujours un peu de sérosité. On le raccourcit progressivement.

15 décembre. — La diarrhée persiste. En outre, depuis hier soir l'enfant est agité et crie sans cesse, il refuse de prendre le sein.

On prescrit du tamugène (1 paquet de 0 gr. 20 toutes les heures). La poche de la cuisse gauche a augmenté de volume, elle est un peu rosée, tendue et luisante. Elle est douloureuse à la pression, pansements humides renouvelés tous les jours. Température 38°5.

16 décembre. — La température remonte à 39°5. La poche est demeurée volumineuse, elle a plus que doublé. Opération le 27 janvier 1900.

Incision longitudinale sur la racine de la cuisse gauche. On enlève aux ciseaux la plus grande partie du tissu malade; mais il pénètre dans la profondeur, entoure les vaisseaux et une partie doit être laissée, réunion, drainage.

Suites normales. Réunion par première intention.

Opération le 13 octobre 1900.

Incision longitudinale sur la face interne de la cuisse gauche. Ablation d'une tumeur non kystique. Suites normales.

Opération le 24 octobre 1900.

Incision sur le flanc gauche. Ablation d'une tumeur polykystique.

Revue en 1902, très bien guérie.

Observation XLVIII

Lymphangiome de l'avant-bras gauche

Hôpital Tenon. Salle Dolbeau numéro 27.

H... Marcel, 12 ans.

Entré le 14 octobre 1902, sorti le 23 octobre 1902. Antécédents héréditaires bons, 5 enfants vivants bien portants, 4 morts de rougeole ou méningite.

Antécédents personnels. Pas de maladies antérieures, sauf deux fois la rougeole.

Affection actuelle: Il y a 6 ans il est tombé à l'école. La partie antérieure de l'avant-bras a heurté un morceau de fer, l'enfant ne s'est plaint que 8 jours après.

La mère, à ce moment, a remarqué un gonflement de la largeur d'une pièce de 5 francs au niveau duquel la peau était violacée.

Au dispensaire de Belleville, on a donné un coup de bistouri à ce niveau et il en est sorti du sang rouge.

8 ou 15 jours après, l'avant-bras a de nouveau gonflé. La mère l'amena à Saint-Louis où on lui a fait des pansements humides compressifs.

Pendant quatre ans, la tumeur augmentait et dominait alternativement de volume.

Il y a 2 ans, M. Félizet l'a opéré. Au bout de 3 semaines, il est sorti de l'hôpital.

Au bout de un mois le bras était complètement dégonflé mais il ne tarde pas à enfler de nouveau.

Trois fois par l'ancienne cicatrice du premier coup de bistouri est sorti un verre d'un liquide séreux à peine teinté par le sang.

Puis peu à peu l'avant-bras enflait de nouveau. La dernière fois remonte à 15 jours.

Etat actuel. — On trouve sur la partie antérieure et extérieure de l'avant-bras gauche une masse molle au toucher, donnant la sensation de pseudo-fluctuation. La peau, à ce niveau, est légèrement violacée. La masse remonte en haut à deux travers de doigt au-dessous du pli du coude, en bas elle descend à deux travers de doigt du poignet. Au milieu de la masse se trouve une légère surface rougeâtre. On y voit une cicatrice curviligne de 10 à 12 cent. à concavité interne. A la partie inféro-interne, on trouve une masse irrégulière noirâtre mamelonnée au voisinage de laquelle est la saillie également noirâtre de la première incision.

En refoulant en haut, une partie de la tumeur, on voit se dessiner sous la peau des vaisseaux variqueux. Pas de battements, pas de douleur, sauf à la pression de la cicatrice.

Pas de gêne fonctionnelle, le malade est même gaucher.

16 octobre. — Extirpation. Ablation aux ciseaux de tout le tissu caverneux.

Premier pansement le 23 octobre.

Pour réunir dans la moitié postérieure de l'incision, deux agrafes sont laissées dans la partie antérieure. Ablation du drain, léger suintement sanguin.

L'enfant sort et doit revenir aux pansements.

Tout a été cicatrisé en trois semaines environ.

Observation XLVIX

Kyste séreux congénital de l'aisselle. (Hôpital des Enfants malades. Salle Bilgrain, numéro 18).

B... Andrée, 4 ans. Entrée le 7 juillet 1904. Sortie le 10 juillet
Antécédents héréditaires. Père et mère bien portant.

Deux enfants jumeaux nés à terme, morts à la naissance.

Antécédents personnels. Née à terme, nourrie au sein jusqu'à
8 mois, commence à marcher à 13 mois, première dent à 6 mois.
A un an a le croup. Pas d'autres maladies, mais tousse souvent.

Il y a trois semaines, on remarque à l'aisselle gauche une
tuméfaction qui est du volume d'une mandarine environ et dou-
loureuse à la pression. Les jours précédents, l'enfant n'avait ac-
cusé aucune douleur au niveau de l'aisselle, ni aucune gêne dans
les mouvements.

Cette tumeur est douloureuse. En 3 jours elle atteint le vo-
lume d'une orange, déterminant des douleurs assez vives et une
certaine gêne des mouvements du bras. D'après les parents, l'en-
fant a eu un peu de fièvre, pas d'appétit mais pas de vomisse-
ments.

A la consultation, on constate une augmentation de volume
uniforme de toute la paroi antérieure du creux de l'aisselle. Pas
d'œdème, pas de rougeur de la peau mais dilatation des veines
superficielles. A la palpation, on reconnaît que la paroi anté-
rieure de l'aisselle est soulevée par une tumeur rénitente assez
dure, douloureuse à la pression qui bombe dans le creux de l'ais-
selle et sur le bord inférieur du grand pectoral.

On prend cette tumeur pour un flegmon sous-pectoral. Incision
le long du bord inférieur de ce muscle. On le récline et à la sonde
cannelée on débride une coque dure, celle-ci se déchire; il
s'écoule du liquide séreux un peu filant mais pas de pus. Drainage.
Pansement humide. Le lendemain les phénomènes douloureux et
la fièvre ont disparu. L'enfant ne se plaint plus. Mais la poche

laisse encore écouler un liquide visqueux. On draine encore. La poche se vide mal, la tumeur augmente vers le bas. On enlève le drain et on laisse l'incision se cicatriser.

7 juillet. — La tumeur continue à augmenter sans phénomènes généraux ni douloureux, elle a à peu près la grosseur du poing, la peau est légèrement violacée à son niveau avec circulation superficielle accentuée, pas de fluctuation. L'incision faite antérieurement est complètement cicatrisée. A la palpation, sensation de souplesse et de fluctuation.

Dans la profondeur on sent quelques noyaux, donnant sensiblement la sensation de ganglions, matité à la percussion.

Sur l'aspect du liquide séreux, sur l'absence du point douloureux osseux, sur la présence des noyaux profonds, on fait le diagnostic de kyste séreux congénital de l'aisselle.

L'opération confirme l'hypothèse. On extirpe une tumeur multiloculaire occupant toute l'aisselle dont la partie supérieure touche au paquet vasculo-nerveux du creux axillaire qu'on est obligé de disséquer. Le kyste ouvert laisse couler un liquide séreux, jaune citron, sans aucune trace de pus.

On remarque nettement la présence de plusieurs loges.

Observation L

Kystes séreux congénitaux du cou. (Hôpital des Enfants Malades. Salle Bilgrain, numéro 25.

Pierre M..., 34 jours. Entré le 16 août 1904.

Début à la naissance, 8 juillet 1904.

Antécédents héréditaires. Les parents sont bien portant.

Grossesse normale, l'enfant est né à terme le 8 juillet. Le volume du cou a rendu l'accouchement difficile. Le médecin a été

obligé 4 jours après la naissance d'intervenir sur la masse sus-hyoïdienne à cause des accidents de compression: l'opération a montré des kystes multiples à parois très minces se crevant à la dissection, cependant possible. Trois jours après l'intervention, un kyste est devenu purulent et a infecté la plaie opératoire.

Les kystes restant ont pris un développement très rapide. Le médecin les a ponctionnés et en a extrait un liquide clair des uns, d'autres une purée hématique. Ce liquide se reformait avec une extrême rapidité.

L'enfant a été nourri jusque là au lait stérilisé.

Le 16 août il est admis dans le service.

A son entrée, on constate:

Crâne normalement développé, il n'y a pas d'hydrocéphalie, les fontanelles ne sont pas tendues.

Face: les joues ont un développement énorme et se confondent avec la région sus-hyoïdienne donnant à la tête un aspect piriforme. Il est presque impossible de voir les yeux. Elles présentent une consistance uniformément dure lipomateuse, sans nodosités, la peau est normale, la lèvre supérieure très volumineuse.

Bouche: Les organes du plancher de la bouche sont repoussés en haut, la langue collée au palais: la succion et la déglutition sont rendues difficiles. On éprouve beaucoup de difficultés à lui faire avaler son lait, il faut profiter des inspirations.

Cou: Au-dessous de la masse située sous le menton, existent 3 cicatrices transversales dont l'une suppure.

Dans la région sous-hyoïdienne latérale droite, une masse kystique grosse comme un petit œuf de poule immédiatement, au-dessous une autre de même volume; la peau est rouge à ce niveau, œdématiée.

Dans la région sous-hyoïdienné médiane, un kyste volumineux, nettement fluctuant qui se prolonge au-dessus du thorax en avant du sternum jusqu'à l'articulation sterno-costale et se dirige surtout vers la gauche.

Ces différentes masses semblent indépendantes l'une de l'autre, la pression ne fait pas refluer le liquide de l'une à l'autre, la peau ne semble pas adhérer. Il est impossible à la palpation de limiter nettement les masses et de voir leurs connexions avec les plans profonds.

Leur volume ne se modifie pas avec les efforts respiratoires. Il n'y a pas de circulation collatérale développée. La compression trachéale est très prononcée, la respiration est très bruyante, les cris ne sont pas modifiés. (Très grave).

Sort le premier septembre sans être opéré.

Observation LI

Lymphangiome kystique de la joue gauche. (Hôpital des Enfants malades).

B... Andrée, 15 mois, entrée le 15 mars 1905, sortie le 23 avril.

Antécédents héréditaires. Parents bien portant. Un oncle maternel est mort bacillaire. Un enfant mort à 27 mois, de diarrhée infantile, pas de fausses couches.

Antécédents personnels. Née à terme, nourrie au sein maternel jusqu'à quatorze mois.

A sa naissance, l'enfant avait 2 incisives inférieures. Actuellement elle a 8 dents, premier pas à 8 mois, jamais aucune maladie, pas de traces de rachitisme. Pendant qu'elle était enceinte, la mère eut peur, à la campagne, d'un garçon qu'elle rencontra par hasard et qui avait une tumeur violette très volumineuse à

l'une des joues, tumeur le rendant difforme et elle attribue à cette peur la grosseur que son enfant a dans la joue gauche.

Aussitôt après la naissance de l'enfant, on a remarqué que la joue gauche était plus grosse que la droite, mais cette augmentation de volume était limitée à la joue, n'envahissant pas le cou mais déviant la commissure labiale. Il y a 1 mois, cette tumeur est devenue plus grosse, un point violacé est apparu à sa surface qui est devenue marbrée.

Actuellement la joue gauche est remplie par une tumeur arrondie, grosse comme un petit œuf de poule qui va de la commissure au tragus, la peau n'est pas envahie, elle est mobile, sillonnée de quelque grosses veines.

Commissure labiale présente en dedans un épaississement de la muqueuse sur laquelle on voit de petites saillies papilleuses remplies de liquide clair.

13 mars 1905. — Ether. Incision à la partie inférieure. Extirpation. Drain. De la sérosité s'écoule, pansement humide.

28 mars. — L'enfant est admise à l'hôpital. De la sérosité s'écoule toujours par le drain. Rougeur en haut.

6 avril. — Point ramolli à la partie supérieure. Incision. On met un drain faisant communiquer les deux orifices supérieur et inférieur.

16 avril. — L'état local semble s'améliorer, gonflement moindre, la rougeur a diminué, l'enfant tousse, on craint la rougeole.

17 avril. — Rougeole, quelques râles de bronchite.

23 avril. — La rougeole a évolué sans complications. La tumeur de la joue a diminuée de volume, il ne s'écoule plus rien par l'orifice. Sort de l'hôpital. Revue le premier mai, le gonflement et la rougeur ont encore diminué, la plaie est maintenant cicatrisée complètement, l'état général est excellent.

Observation LII

Kyste séreux congénital multiloculaire de la région claviculaire gauche. (Hôpital des Enfants Malades, salle Molland).

B... Raymond, 3 ans. Entré le 25 septembre 1906. Sorti le 11 novembre.

Père et mère bien portant, le père boit un peu, un frère de 15 ans.

Né à terme, 7 livres, nourri au biberon maintenant, commence à manger à 1 an.

A eu de la gastro-entérite, premiers pas 14 mois, premières dents 5 mois, grosseur apparue dès la naissance n'a pas varié beaucoup depuis.

Examen local. Grosseur siégeant au niveau de la clavicule gauche, partie moyenne et empiétant sous la région sous-claviculaire, formant à ce niveau une sorte de prolongement descendant jusqu'au tiers inférieur du sternum. Forme régulièrement arrondie. Peau normale à ce niveau, réseau veineux légèrement visible. Complètement indolore, sauf à la partie supérieure. Matité.

Pas de signes fonctionnels.

Opération le 28 septembre par M. Broca. Incision oblique sous-claviculaire parallèle au grand axe de la tumeur. Ablation du kyste formé par une grande poche cloisonnée, tenant à la gaine du grand pectoral et adhérente entre ce muscle et le deltoïde au paquet vasculo-nerveux remontant devant la clavicule et allant au point où la jugulaire externe passe derrière le bord postérieur du sterno, grains kystiques au tour.

4 octobre. — On enlève les fils. Il s'ouvre une collection renfermant du sang mélangé à du liquide lymphoïdique, emplissant toute la cavité. La réunion ne s'est pas faite complètement

8 octobre. — Le pansement est fait jusque là tous les 2 jours. Peau irritée, induration surtout vers les ponctions de la poche. Drain et pansement humide.

12 octobre. — Contre-visite. Température 41°. Induration assez importante, rien aux poumons.

27 octobre. — Légère amélioration, l'induration semble diminuer, température très irrégulière.

6 novembre. — Trajet de la plaie très diminuée. Grande zone indurée, légèrement rouge tout autour de la plaie surtout en avant.

11 novembre. — Trajet presque complètement bouché, pansement sec.

Observation LIII

Lymphangiome kystique congénital du thorax. (Enfants Malades, Salle Bilgrain, 24).

B... Charlotte, 3 mois. Entrée le 15 janvier 1906. Sortie le 22 janvier 1906. Premier enfant.

Née par le siège à 7 mois et demi, la mère attribue son accouchement prématuré à une chute qu'elle aurait fait 6 semaines avant l'accouchement. Nourrie au sein maternel.

Amenée à l'hôpital pour tumeur qu'elle présente depuis la naissance sur la face latérale gauche du thorax, cette tumeur a d'ailleurs toujours été du même volume d'après la mère. De consistance molle, la tumeur est simplement devenue de plus en plus rénitente et douloureuse.

Tumeur beaucoup plus volumineuse qu'un poing d'adulte, s'étendant depuis l'épine iliaque antéro-supérieure, jusqu'auprès du sommet axillaire en hauteur. Petite extrémité antérieure des premières côtes jusqu'à 2 travers de la ligne épineuse.

La tumeur présente une coloration rosée sur presque toute son étendue.

Circulation veineuse. Surface bosselée surtout dans la moitié supérieure, quelques sillons transversaux continuent presque la direction des côtes. A ce niveau, les enveloppes de la tumeur très amincies laissent entrevoir le contenu de la tumeur. 2 points fluctuant sup. et inf.

Pas de ganglions.

Pas d'autres difformités sur tout le corps, squelette intact (r. x.) Hernie ombilicale.

15 janvier 1906. — Incision verticale par M. Broca. Sur le milieu de la tumeur, dissection, on tombe sur des poches multiloculaires classiques dont certaines sont volumineuses, ablation.

18 janvier. — Drain enlevé, pas de pus. Tumeur molle et violacée en arrière de la partie supérieure de la cicatrice. Tumeur du volume d'une mandarine.

22 janvier 1907. — Les agraffes sont enlevées. Il existe encore une petite tumeur à la partie externe. L'enfant sort le 22 janvier. L'enfant est revenu 8 jours après aux pansements. Plaie entièrement cicatrisée. Une petite tumeur existe toujours à la partie inférieure. Il doit revenir plus tard se la faire enlever.

Observation LIV

Kyste séreux congénital du cou avec hémorragie intrakystique.

Enfants malades. Consultation.

C... Louise, 4 ans, place nationale, Billancourt, entrée 14 mai 1908.

A. H. Parents bien portant, marchand de vins.

4 enfants dont deux morts, le petit frère âgé de trois ans, pas malade mais susceptible et délicat.

A. P. Aucune maladie connue. (Renseignements incertains, l'enfant étant accompagné par une personne étrangère, un rhume de temps à autre. Les parents très soigneux n'ont jamais rien remarqué d'anormal. Samedi, 9 mai 1908, on remarque dans la région carotidienne une tumeur survenue brusquement sans raison appréciable, sans traumatisme, aucun changement ne survenant le jour suivant dans l'état de cette tumeur indolente d'ailleurs, la malade est amenée à la consultation, le 14 mai. On pense à une lésion congénitale une ponction pratiquée dans la tumeur, extrait uniquement du sang rouge noirâtre à l'état de pureté. La tumeur siège en arrière et au-dessous de l'angle gauche du maxillaire; elle est grosse à peine comme un œuf, à grand axe oblique en arrière et en haut. La peau, peu tendue, non adhérente, a une coloration bleuâtre. Consistance molle comme un lipome, mobilité assez grande dans le sens de l'axe. Indolence complète.

L'enfant revient le 16 mai: état stationnaire, la peau à une teinte peut-être plus bleuâtre qu'au précédent examen.

Observation LV

Kystes séreux congénitaux de l'aîne (Hôpital des Enfants Malades, salle Molland, numéro 25).

G.. Emile, 13 ans, domicile, 13, rue de la Grande Chaumière.
Entré le 30 juin 1908.

A. H. Mère, 34 ans.

Père, mort à 28 ans, baxillaire.

Frère, 10 ans, bien portant.

A. P. Né à terme, nourri au sein, 1 an.

Première dent ?; premier pas?.

Aucune maladie antérieure, opéré à 1 an, d'abcès froid de la cuisse gauche: cicatrisé.

L'enfant, il y a 3 mois, a constaté une première grosseur au-dessus du pli inguinal gauche, non douloureuse, qui, actuellement, a diminué de volume.

Deux mois plus tard environ, deuxième grosseur à la partie moyenne du triangle de Scarpas qui reste stationnaire.

Examen: 1° Habitus extérieur. Rien de spécial.

2° Signes généraux. T. 37°5.

3° Examen local. Pli inguinal gauche compris entre deux saillies ganglionnaires.

L'une supérieure à direction longitudinale constituée par plusieurs ganglions inguinaux indurés, roulant sous le doigt.

L'autre inférieure, constituée par une petite masse ronde, molle et fuyant sous le doigt.

Pas de caractères inflammatoires, pas de douleurs. Mais état grenu de la peau surtout au niveau du pli inguinal. Etat général assez bon.

Rien aux autres appareils.

Opération le premier juillet 1908.

Incision verticale sur la tumeur crurale. On arrive sur une poche contenant du liquide citrin, une enveloppe d'un tissu semblable aux kystes séreux multiloculaires. Elle adhère à la gaine du couturier que l'on enlève en même temps.

Incision oblique sur la masse située en avant de l'aponévrose. La tumeur, assez adhérente à la peau, contient quelques petites cavités kystiques.

4 juillet. — Passage aux douteux.

7 août. — L'enfant est à la scarlatine. L'incision iliaque est cicatrisée. L'incision crurale est presque cicatrisée également.

20 août. — L'incision crurale présente encore sur une longueur de 2 cent., une surface bourgeonnante presque cicatrisée.

Examen histologique. — La coupe nous présente un vaste amas de graisse, au milieu duquel sont creusées des cavités; les bords de ces cavités sont formées par un tissu conjonctif très dense, contenant surtout des fibres et très peu de cellules. Au milieu de ce tissu conjonctif se trouvent des fibres musculaires en partie comprimées et dégénérées, des capillaires et des vaisseaux sanguins à paroi épaisse. Les cavités sont de toute taille, les plus petites ont un endothélium légèrement saillant, l'endothélium des plus grandes, au contraire, est mince et aplati. Certaines contiennent un caillot fibrineux rétracté, au sein duquel se trouvent des lymphocytes. On retrouve encore de ces lymphocytes sur le bord de certaines de ces cavités et même quelques-uns ont émigré dans les couches superficielles de la paroi.

Observation LVI

Kyste séreux congénital multiloculaire de la joue et du cou.

(Hôpital des Enfants Malades, salle Bilgrain).

L... Georgette, 3 ans, entrée le 8 août, sortie le 30 août 1908.

Père vivant et bien portant, mère vivante et habituellement bien portante, actuellement faible: trois enfants, pas de morts, par de mauvaises couches; le premier à 9 ans, le deuxième 7 ans et demi, le troisième 5 ans. Tous sont bien portant. Le numéro deux aurait une petite envie sur le flanc gauche, la petite est née à terme, nourrie au sein 14 mois, première dent à 6 mois, premiers pas à un an.

Rougeole et variole entre un et deux ans, guérison complète à la naissance; la joue gauche était occupée par une tumeur du volume d'une grosse noix bleuâtre, fluctuante, bien isolée sur la joue, arrivant jusqu'au tragus sans l'intéresser. Vers l'âge de 10 mois on fit des ponctions sur la tumeur. Gillette et Variot en

retirent du liquide clair comme de l'eau. Réaction légère. Aucune diminution de la tumeur.

Rougeole vers le mois d'avril, la tumeur augmente de volume, sans changer de place; après, le volume commence à diminuer jusqu'à disparaître presque complètement, de telle sorte que la joue paraît normale.

Depuis hier, la joue et la région sous-maxillaire gauche, sont le siège d'une tuméfaction solide, pâteuse qui dépasse la ligne médiane d'un bon travers de doigt.

La peau est rouge, adhérente, la masse se déplace sur les plans profonds, elle est chaude et douloureuse, pas de points fluctuants. Rien à remarquer sur le siège du kyste primitif.

Température: 38°.

21 avril. — Opération par M. Broca.

La rougeur a disparu et on sent 3 ou 4 bosselures qui donnent l'impression de ganglions dits lymphadénomes bénins, (mais ce sont des kystes séreux multiloculaires.

Incision sous-maxillaire longue de 6 cent. On arrive sur des petites tumeurs rondes, contenant un liquide séreux qui s'infiltrant dans les muscles sous-hyoïdiens.

Une cavité plus grande contient un gros caillot fibrineux, elle a une paroi épaissie, s'engage sous le muscle sterno-mastoïdien et adhère entre la glande sous-maxillaire et la parotide à une anastomose entre la jugulaire interne et externe.

Ablation de la masse kystique.

Réunion sans drainage.

31 août. — Suites régulières, cicatrisation complète, le 30, la malade quitte l'hôpital complètement guérie. La pièce a été examinée au laboratoire.

Examen histologique: A un fort grossissement, nous voyons de

nombreuses cavités de taille différente, les unes très petites et allongées, sous forme de simples fentes vasculaires ne contenant rien, les autres beaucoup plus volumineuses, mais de forme généralement irrégulière. Ces cavités sont creusées au sein, d'un tissu dense et serré, constitué en grande partie par du tissu conjonctif adulte. Au centre de ce tissu se voient cependant encore, quelques fibres musculaires comprimées et étouffées, les bords des grandes cavités lymphatiques contiennent un peu de tissu graisseux et quelques vaisseaux sanguins à paroi épaissie. Ces bords sont constitués eux-mêmes par du tissu conjonctif plus dense, au sein duquel se voient tantôt de petites fentes lymphatiques minuscules, tantôt des lymphocytes, soit isolés, soit en amas. Les cellules qui tapissent les grandes cavités sont des cellules lymphatiques banales, fortement aplaties. Les cellules qui tapissent les petites cavités sont, au contraire, saillantes dans la lumière de ces cavités. Toutes ces cavités lymphatiques forment un système de lacunes qui communiquent entre elles ou sont séparées par des barrières conjonctives très minces.

Observation LVII

Kyste séreux congénital de l'aisselle droite. (Hôpital des enfants malades).

Adèle T..., 14 ans et demi.

Antécédents personnels. Née à terme, première dent à 15 mois, premiers pas, 17 mois.

Coqueluche à 3 ans.

Rougeole à 7 ans.

Oreillons à 9 ans.

En bonne santé jusqu'à il y a 15 jours environ où la mère s'aperçoit qu'une grosseur apparaît dans la région axillaire

droite. L'enfant ne souffrait aucunement et ne toussait pas. La ponction de la tumeur donne issue à environ un demi litre de liquide clair et citrin, analogue au liquide d'une pleurésie.

Inoculation au cobaye?

Le liquide est fibrineux et, examiné au microscope, montre de nombreux lymphocytes.

L'enfant a une légère scoliose à concavité droite.

Une deuxième ponction a été faite au pavillon Brun; le premier octobre, on retire 150 grammes du même liquide qu'à la première ponction.

22 octobre. — Intradermo-réaction positive. Entrée salle Bilgrain, 27 octobre 1908).

On constate, à ce moment, l'existence d'une volumineuse tuméfaction s'étendant sur la partie latérale droite du thorax depuis le fond de l'aisselle jusque vers la huitième côte. Elle atteint, en avant, le bord externe de la mammelle déjà développée, et en arrière, le bord externe de l'omoplate vers son milieu. La palpation, indolore, donne la sensation d'une collection liquide sous très faible tension, qui se laisse déprimer et fuit sous le doigt. Fluctuation très nette.

Malgré son volume, la tumeur ne gêne en rien l'adduction du bras qui peut être amené au contact intime et serré du tronc, le liquide fuyant en avant et en arrière en formant deux poches plus tendues. Les mouvements de l'articulation sont indemnes. Aucune douleur.

Examen des poumons: au sommet gauche, en arrière, on entend quelques râles pendant la toux, murmure respiratoire faible.

Dépression du creux sus-épineux de ce côté.

Sommet droit en avant, murmure vésiculaire presque nul. Au

cœur, souffle extra-cardiaque préventriculaire.

Un peu d'arythmie pendant l'examen, avec bruits retentissants.

Enfant, grande, maigre, pâlotte, présentant une scoliose dorsale à grande concavité droite.

Examen local fait avant la ponction.

Tumeur ovoïde allongée dans le sens vertical, grand axe légèrement oblique en bas et en arrière.

Volume du poing; hauteur, 10 cm.; largeur, 8 cm.

Elle dépasse en arrière de deux à trois centimètres la ligne axillaire postérieure;

en avant deux à trois travers de doigt la partie externe de la mammelle;

en haut, remonte sans limites précises dans le creux de l'aisselle;

en bas, semble descendre jusqu'à la neuvième côte.

Elle est mobile sous la peau et dans les plans profonds.

En saisissant la tumeur à pleines mains, on arrive à l'écartier du thorax.

Consistance rénitente; peau saine.

Opération le 28 octobre.

Incision longitudinale sur la ligne axillaire.

On met à nu la poche mince, translucide, d'un kyste séreux congénital multiloculaire. Ce kyste descend sous le grand dorsal et remonte jusqu'au fond du creux axillaire. Dans cette partie axillaire supérieure, on voit une petite masse ganglionnaire formant le pôle supérieur de la tumeur.

12 novembre. — La jeune fille se plaint de céphalée. Température 39° 8.

Pas de vomissements, langue bonne, pas d'éruption.

L'enfant est constipée depuis 2 jours, léger purgatif, sulfate de quinine, localement la plaie a bon aspect.

13 novembre. — Température 38° 5, céphalée, angine pultacée aux environs de l'amygdale gauche.

14 novembre. — Température 37°. L'amygdale est encore un peu grosse, mais entièrement détergée.

25 novembre. — A la partie inférieure de la zone occupée par le kyste extirpé, on voit une tuméfaction de la grosseur d'une reine-claude, indolore, lisse. C'est une nouvelle poche à surveiller. Au mois de décembre, elle revient; on constate une cicatrice linéaire de belle apparence, longue de 13 à 15 centimètres, qui descend verticalement du sommet du creux axillaire.

Elle est souple, couleur rosée, indolente; au niveau de la moitié inférieure entre elle et la périphérie axillaire de la glande mammaire, un nouveau kyste s'est développé. Sa taille est celle d'un petit œuf de poule. Sa consistance est fluctuante, sa paroi lisse.

La palpation est indolore partout, sauf à son pôle antérieur qui confine à la mamelle. Ici, en effet, on trouve un noyau dur. La forme ovoïde à grand sac dirigé transversalement, depuis la ligne de suture de l'opération primitive jusqu'à la périphérie de la glande mammaire, avec laquelle vient confiner de près une petite masse qui pourrait, à sa consistance et à sa forme, être interprétée comme un ganglion lymphatique ou comme un petit lobe de la glande mammaire.

L'ensemble du kyste et du petit noyau susdit est très mobile sur les plans profonds. D'autre part, la peau n'a aucune adhérence avec la tumeur sur laquelle on peut facilement la projeter.

L'état général est satisfaisant.

Examen histologique de la tumeur enlevée la première fois.

Cette pièce est constituée par un amas de tissu cellulaire, de tissu graisseux et de muscles à la périphérie. Au sein de ce tissu, se voient de très petites cavités lymphatiques revêtues de l'endothélium caractéristique. Les dimensions de la plupart d'entre-elles ne dépassent pas celles d'un vaisseau de taille moyenne; la plus grande atteint à peine les dimensions d'un champ de microscope. La paroi de ces cavités est simplement constituée par une seule assise de cellules lymphatiques. Il n'existe pas, dans l'épaisseur de la paroi, de cellules lymphoïdes. On en trouve par contre en assez grand nombre au sein des caillots de lymphé que contiennent certaines de ces cavités.

Observation LVIII

Kyste séreux multiloculaire du cou.

(Hôpital des Enfants Malades).

Berthe, 4 mois, rue Claude Decaen, 98.

Vue le 26 novembre 1908.

A. H. Parents bien portants.

Trois enfants: aîné, 6 ans; deuxième, 5 ans, bien portants.

A. P. Née à terme, nourrie au sein.

A la naissance on remarque sur la partie gauche du cou une grosse tumeur, du volume d'une mandarine.

Le 24, la tumeur, qui avait conservé jusque là son même volume, grossit brusquement dans la nuit. Elle a, d'ailleurs, conservé depuis le début les mêmes caractères.

Tumeur de volume d'une grosse orange, occupant toute la face latérale gauche du cou, depuis l'oreille jusqu'à l'épaule.

Dans le sens transversal, elle s'étend depuis la région occipitale jusqu'au bord antérieur du sterno.

N'est pas régulière, mais bosselée.

La peau a une coloration verdâtre. Minimales vascularisations superficielles.

Consistance molle dans l'ensemble, mais consistance irrégulière. On sent des bosselures plus dures, d'autres plus molles.

Tégument mobile sous la tumeur.

Celle-ci est fortement mobile transversalement. Elle l'est peu verticalement.

Indolence parfaite.

Tousse un peu. Rien aux poumons.

30 novembre. — Opération par M. le P. Broca.

Longue incision verticale au sterno-mastoïdien.

Dissection de la poche aux ciseaux. Celle-ci dépasse le volume d'une grosse orange légèrement bosselée, irrégulière, de couleur verdâtre par places. Va au contact du paquet vasculo-nerveux; la jugulaire interne est dénudée sur une grande étendue. Suture au fil métallique. Drainage de la vaste cavité créée par la tumeur.

Le kyste incisé se montre rempli de sang liquide et de caillots.

Observation LVIX

Kyste séreux congénital de la paroi thoracique. — (Hôpital des Enfants Malades. Salle Molland. N° 18).

G... Paul, âgé de 8 ans, domicilié à Issy-les-Moulineaux, 9, rue de Clairon.

Entrée à l'hôpital le 19 novembre 1908, sortie le 22 novembre 1908.

Ant. H. Père et mère bien portants.

Deux enfants, l'aîné bien portant.

Ant. P. Enfant né à terme après une grossesse normale, nourri au sein par sa mère, jusqu'à l'âge de quinze mois.

Première dent: 8 mois.

Premier pas: 11 mois.

L'enfant a eu la rougeole à 6 ans; de plus il a eu de nombreux rhumes et même des bronchites assez fréquentes. N'ayant rien à sa naissance, l'enfant a une grosseur sur le côté gauche à l'âge de deux mois; on fait le diagnostic de kyste et on opère l'enfant.

Tout avait complètement disparu, quand il y a deux jours, la mère s'aperçoit que le kyste a réapparu. Elle l'amène à la consultation où l'enfant est admis salle Mollaud.

19 novembre 1908. — Il existe vers le 1/3 inférieur du thorax, sur la ligne axillaire ant. gauche, une petite nodosité grosse comme une noisette adhérente à la peau, comme incluse dans le derme et parfaitement mobilisable sur le plan profond. Les téguments, à ce niveau, sont brunâtres, entourés d'une zone verdâtre et jaunâtre, révélant une ecchymose en voie de régussion. L'enfant nie toute espèce de choc.

Au-dessous, sur une étendue d'une demie paume de main, environ une tuméfaction légère mollasse. La peau semble comme décollée. On n'a pas, à proprement parler, la sensation d'une poche, pas de fluctuation nette. Dans la profondeur, on arrive à pincer entre les doigts une masse allongée, mollasse, de consistance lipomateuse.

Légère douleur lors de la palpation.

20 novembre. — Opération par M. Broca. Excision aux ciseaux de la tumeur et d'un lambeau de peau sous-jacent. La tumeur est adhérente aux plans musculaires, à l'union du grand dentelé et du grand oblique. C'est un petit kyste séreux congénital.

22 novembre. — L'enfant sort; il reviendra aux pansements.

27 novembre. — Ablation des premiers fils; décollement complet des lèvres cutanées; le reste du fil est laissé en place. Une hémorragie abondante est arrêtée par forceipressure. Drainage.

2 décembre. — Le reste du fil est enlevé; la suture tient à peu près. Pas de suppuration franche, écoulement séreux peu abondant.

Examen histologique de la tumeur:

La coupe nous présente à considérer d'abord le revêtement cutané normal avec ses glandes sudoripares et ses follicules pileux, puis une mince couche de tissu cellulo-graisseux, enfin une région purement kystique. En effet, les cavités, de toute taille, sont pressées les unes contre les autres et il n'existe d'autre tissu que le tissu conjonctif, strictement nécessaire au soutien des cellules lymphatiques qui tapissent ces cavités. Au centre de ces cavités, se trouvent des caillots plus ou moins rétractés contenant un assez grand nombre de lymphocytes.

Ces lymphocytes infiltrent également la paroi de la cavité en certains points où la coupe, portant sur la rencontre de deux cloisons lamelleuses a formé des éperons; l'accumulation de ces lymphocytes constitue de véritables lymphomes circonscrits de dimensions variables.

CONCLUSIONS.

1° Les kystes séreux congénitaux multiloculaires, peuvent avoir pour siège n'importe quelle région de l'organisme. On les trouve toutefois, de préférence, à la partie antérieure du cou et au voisinage des troncs vasculaires, régions carotidienne et axillaire. Ils envoient souvent des prolongements dans les parties voisines, prolongements vers le médiastin dans les kystes du cou.

2° Leur origine congénitale, leur consistance ferme, rénitente, leur aspect mamelonné, leur couleur bleuâtre sont les principaux éléments de diagnostic de ces kystes.

3° La structure histologique de ces tumeurs, nous montre que le kyste séreux congénital multiloculaire doit être considéré comme un lymphangiome, c'est-à-dire comme une prolifération lymphatique dont la cause et la nature nous échappent.

4° Ces tumeurs ne sont surement pas malignes: elles n'envahissent pas les tissus en se substituant à eux et ne se propagent pas à distance. Le pronostic est, toutefois, assombri par les complications qui peuvent avoir lieu, tels que: augmentation subite de la tumeur ou inflammation du kyste.

Un seul mode de traitement est à retenir, c'est l'extirpation du kyste où il faudra se méfier de l'adhérence aux gros vaisseaux et de la récurrence possible.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS. — Case of extra thoracic cyst. *Lancet*. London 1858
I. 315.
- BAILLY ET DEPAUL. — Tumeur du périnée. *Bulletin de la société anatomique* 1867.
- BALAS. — Cas curieux de la lymphangiome kystique congénital. Budapest 1905.
- BAKIN. — Lymphangiome kystique, *Archives de chirurgie de St Pétersbourg* 1906. 165-172.
- BOUCHER. — Thèse de Paris 1868. Kystes séreux congénitaux du cou.
- BROCA A. — Extirpation d'un kyste séreux congénital. *Bulletin de la société anatomique* octobre et novembre 1890 C. R. 462. *Tribune médicale* Décembre 1908.
- BROCA (PAUL). — *Traité des tumeurs*, tome II 1869.
- BOUCHUT. — *Traité pratique des maladies du nouveau-né*. 7^e édition. Paris 1818, page 889.
- CARLES. — Quelques cas de lymphangiome. *Brit. J. Child Diseases* London 1904. 56-63.
- CASTEL PAUL. — Thèse de Montpellier 1901.
- COLLIS. — Removal of large cystic growth from vithe axilla. (*British médical-journal* 1868).
- CONDORELLI. — *Bulletin de la société zoologique italienne de Rome* 1903.
- CRUVEILHIER. — *Traité d'Anatomie pathologique* tome III page 494.

- DESPRES et LELONG. — Kyste congénital du cou (*Bulletin de la société anatomique* 2^e série tome XI page 59 Paris 1866.
- DOLBEAU. — Article : *Aisselle* du *Dictionnaire Dechambre* tome I ,page 358.
- DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de chirurgie*. Nouvelle édition tome I.
- Gazette hebdomadaire de médecine Paris 1856 pages 478-480.*
- GAYRAUD. — *Thèse de Montpellier*. Contribution à l'étude des lymphangiomes de la face. 2 novembre 1899 N. 5.
- GILLETTE. — Article *Cou*, *Dictionnaire Dechambre*, tome XXI, page 288.
- GIOVANONI. — *Thèse de Paris 1892-1893.*
- HAWKINGS (CÉSAR). — *Transactions médico-chirurgicales*. On a particular form of congénital tumour of the nech 1839.
- HU (FRANÇOIS). — *Thèse de Lille*. Kystes séreux congénitaux de l'aisselle 1896-97.
- KIRMISSON. — Les Kystes séreux congénitaux du cou et de l'aisselle. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris 1906. XX 357.
- Précis de chirurgie infantile. Paris 1906.
- Kystes séreux multiloculaires congénitaux. *Annales de la société de médecine d'Anvers 1905*, tome XVII, pages 19-22.
- LANNELONGUE ET ACHARD. — *Traité des Kystes congénitaux* Paris 1886. page 290.
- LANNELONGUE ET MENARD. — Affections congénitales. Paris 1891 page 672
- MOREL-LAVALLEE. — *Bulletin de la société de chirurgie* 23 novembre 1859.
- NABIUS DE GOUVEA. — Lymphangioma cavernoso da regio glutea et postero- interna de coxa ablaco de tumors guéria-radical. Rio-de Janeiro 1904. 1105-1113.
- PAYROT. — *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*, tome V page 649.
- PILATE D'ORLEANS. — *Bulletin et mémoires de la société de chirurgie*, 18 décembre 1878, tome IV page 815.

- R. SIMDORF. — Lymphangiomes caverneux congénitaux. *Archives de pathologie* de Berlin 1906. 229-234.
- RIECKE. — Lymphangioma circumscriptum cysticum Manchester médical 1906. 2324.
- REGRE. — Congénital Cystic kidney and liver. *Traité de pathologie* de Chicago. 1903-1905, pages 273-281.
- SEURE. — Kystes des parois thoraciques. *Gazette des hôpitaux* 1875.
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs. *Edition française. Tome IV* 1^{er} fascicule.
- WERNHER. — Mémoire sur les kystes congénitaux en général 1843.
-

Vu : Le Président de la Thèse,
SEGOND.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

